

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

TATIANA MONTEIRO FIUZA

NECESSIDADES EDUCACIONAIS PERCEBIDAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL
SUPERIOR QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Alcides Silva de Miranda

FORTALEZA

2009

F585n Fiuza, Tatiana Monteiro

Necessidades educacionais percebidas por profissionais de nível superior que atuam na estratégia saúde da família/
Tatiana Monteiro Fiuza. – Fortaleza, 2009.

174 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Medicina. Mestrado em Saúde Pública.

1. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde 2. Educação em Saúde 3. Estratégias 4. Saúde da Família I. Miranda, Alcides Silva de (orient.) II. Título.

CDD 362.1

TATIANA MONTEIRO FIUZA

NECESSIDADES EDUCACIONAIS PERCEBIDAS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL
SUPERIOR QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Ernani

Prof. Dra. Valdelice

RESUMO

Desde que foram criados, o Sistema Único de Saúde (1988) e a Estratégia de Saúde da Família (1994) já provocaram profundas mudanças nas práticas de Saúde. A ESF impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos. Vivenciamos o dilema de superar a etapa da expansão quantitativa do acesso a ESF e passar para a consolidação da qualidade nas ações e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS. Têm se destacado na literatura e comprovadas por esse estudo reflexões sobre o descompasso entre a graduação em Saúde e a demanda do SUS por profissionais generalistas competentes para atuarem na Atenção Básica à Saúde. O foco da análise realizada nessa dissertação volta-se para a análise das necessidades educacionais percebidas pelos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família. Esse estudo se justifica pela relevância em identificar as necessidades de Educação em Saúde percebidas pelos profissionais. Visa gerar informações úteis para auxiliar o processo de planejamento, tomada de decisão e avaliação da formação desses profissionais. Trata-se de um estudo de abordagem predominantemente qualitativa sobre os discursos práticos de profissionais de Saúde, a partir de Grupos Focais e entrevistas individuais, com o escopo de análise baseado no método de Análise de Conteúdo, do tipo Categorical e Temático (Bardin, 1979). A população selecionada para o estudo foi composta por profissionais de nível superior concursados com atuação no PSF no município de Fortaleza/CE. Identifiquei que as diferentes maneiras dos profissionais se expressarem refletem que as necessidades percebidas são as relações entre desejos, interesses, necessidades sociais e cognitivas percebidas ou impostas a esses sujeitos. As experiências de vida, a formação como indivíduo e profissional geram um constante movimento de ação, reflexão, ação, indispensável para as escolhas profissionais, “Educação Permanente”, relações com o outro, visão de mundo e do processo Saúde-doença. Os resultados da análise expressaram a necessidade das competências construídas na prática e através de processos formais de educação fazerem sentido (aprendizagem significativa) para a atuação na ESF. Os profissionais demonstraram na maioria das vezes possuírem conhecimentos sobre conteúdos temáticos definidos normativamente, porém, manifestaram dificuldades relacionadas às atitudes e habilidades, identificando a necessidade da “Educação permanente”. Enfim, tecnologias devem ser desenvolvidas para dar concretude à Educação em Saúde. Tecnologias essas que devem ser embasadas pelas necessidades percebidas pelos profissionais, gestores e usuários do SUS.

Palavras-chave: Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. Educação em Saúde. Estratégias. Saúde da Família.

ABSTRACT

Since the creation of the Brazilian Public Health Care System (SUS) and the Family Health Strategy (ESF), many profound changes have taken place in Health practices. The ESF imposed new management responsibilities and a demand for more qualified and committed professionals. Thus is the dilemma of overcoming the quantitative expansion phase of ESF and now the consolidation of the quality of action taken and its respective integration with the rest of the SUS health care network. The literature has underscored, and this study has proven, that there exists a true lack of alignment between Health graduation programs and SUS' need for general practitioners competent enough to work within the Primary Health Care context.

The focus of analysis of this paper is based on an educational needs assessment perceived by the professionals who work within the Family Health teams. A study which is primarily a qualitative approach stemming from statements gathered from Health Care professionals, from Focus Groups and individual interviews, with a scope of analysis based on the method of Content Analysis, Categorical and Thematic (Bardin, 1979). The population selected for the study is comprised of higher education civil servants who work in the PSF of the municipality of Fortaleza, State of Ceará.

Many different means of expression were identified from the professionals heard in the study, which reflect the needs perceived in terms of desires, interests, social and cognitive needs perceived or imposed on these health care professionals. The life experience, training of the individual and professional, generate a constant movement of both action and reflection, which are indispensable in terms of the professional choices which are made, "Life Long Learning", how they relate to others, world vision and the Health-disease process.

The results of the analysis express the need for competencies which are constructed during practice instead of through formal educational processes (meaningful learning) in order to work in the ESF context. The professionals have shown that, for the most part, they have knowledge about thematic content which is normatively defined, however, they manifest difficulties related to attitudes and skills, thereby identifying the need for "Life Long Learning".

Therefore, Technologies need to be developed in order to support Health Education. This technology should be based on the needs perceived by the professionals, managers and users of SUS.

Keywords: Needs Assessment. Health Education. Strategies. Family Health.

LISTA DE QUADROS

1. Competências necessárias à um médico de família e comunidade segundo o Programa de residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006 ----- 162
2. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências na área de Saúde Coletiva e Exercício Profissional -----162
3. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências na Abordagem Sistêmica à Família ----- 164
4. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências clínicas na Atenção Primária nas áreas de Saúde da Criança e do Adolescente -----165
5. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências clínicas na APS na área da Saúde da Mulher ----- 167
6. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências clínicas na APS na área da Saúde do Homem ----- 169
7. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências clínicas na APS na área da Saúde do Idoso ----- 172
8. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (CE), 2006: Competências clínicas para o atendimento de situações de urgência, emergência e internamento hospitalar na APS ----- 174
9. Competências necessárias ao enfermeiro graduado segundo a DCN (2001) -----
----- 176
10. Atribuições específicas para os enfermeiros normatizadas segundo a Política Nacional de Atenção Básica ----- 180
11. Atribuições específicas para os cirurgiões-dentistas normatizadas segundo a Política Nacional de Atenção Básica ----- 181

LISTA DE TABELAS

1. Categorias e profissionais entrevistados ----- 67
2. Competências necessárias ao Médico de Família e Comunidade, segundo WONCA (2002)-----158
3. Aspectos essenciais para uma disciplina centrada na pessoa----- 160

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Perspectivas de abordagem sobre as necessidades de Educação em Saúde de profissionais que atuam na ESF-----	10
Figura 2. Organograma ilustrando as necessidades percebidas -----	32
Gráfico 1. Metas e progressão do número de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008 -----	27
Gráfico 2. Progressão do número municípios brasileiros com equipes do Programa de Saúde da Família implantadas. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009 ----- -----	28
Gráfico 3. Progressão da cobertura populacional de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009----- -----	28
Esquema 1. Temas centrais identificados no estudo -----	68
Esquema 2. Principais categorias temáticas identificadas -----	69

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto do problema de investigação

Quais seriam as necessidades educacionais em Saúde percebidas pelos profissionais de nível superior que atuam em serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

As reflexões desencadeadas a partir de um estudo sobre necessidades educacionais dos profissionais de nível superior que atuam profissionalmente e sistemas e serviços de Saúde da Família devem considerar que existem, no mínimo, três perspectivas a se considerar: os profissionais de Saúde, os gestores e os usuários dos serviços. (Figura 1). Neste presente estudo busquei centrar a análise em uma destas perspectivas: a dos próprios profissionais de nível superior que atuam na Estratégia Saúde da Família de uma capital nordestina.

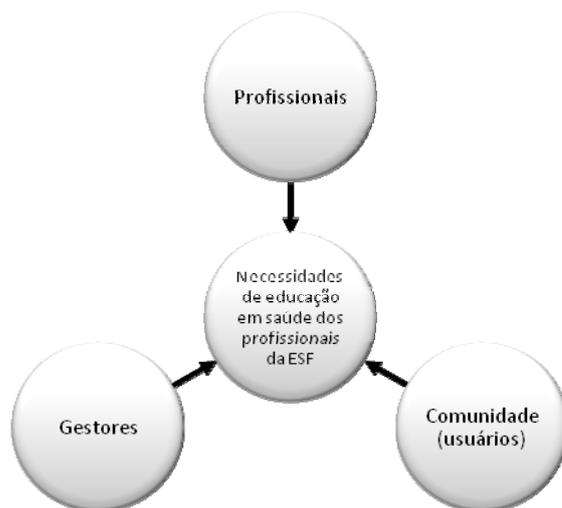


Figura 1 - Perspectivas de abordagem sobre as necessidades de Educação em Saúde de profissionais que atuam na ESF

1.1.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, houve uma maior ênfase no repensar sobre as práticas neste nível de organização de sistemas e serviços locais de saúde.

Desde que foram criados o Sistema Único de Saúde (1988) e a Estratégia Saúde da Família (1994) já provocaram significativas mudanças nas práticas de Saúde. Porém, o impacto de tais mudanças é interpretado de maneira contraditória por autores distintos.

Muitos autores demonstram conquistas do SUS e melhorias no contexto sanitário do país (CÉSAR; FRANÇA, 2007; BARRETO, 2006; COUTINHO, 2006; BRASIL, 2007; ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; CAMPOS; AGUIAR, 2002; CAMPOS, 2003):

- Redução nos níveis de mortalidade por causas evitáveis por atenção à Saúde;
- Universalização da atenção à Saúde;
- Aumento do acesso da população aos serviços de Saúde;
- Aumento da cobertura do pré-natal, do número de consultas e maior precocidade destas;
- Redução da mortalidade infantil, maior chance de crianças de 0-2 anos receberem atividades preventivas e de terem melhor Saúde percebida pelo cuidador, em áreas cobertas pelo PSF;
- Aumento da cobertura vacinal em áreas cobertas pela ESF;

Porém, segundo alguns autores, como Paim (2003) e Campos (2003), as mudanças nas práticas referidas acima ainda não tem sido o bastante para alterar significativamente o modelo de atenção à Saúde hegemônico no país e também, o contexto sócio-sanitário do sistema de Saúde (PAIM, 2003). Segundo Campos (2003) o sistema, como um todo, ainda não sofreu as transformações substanciais

esperadas (CAMPOS, 2003). Em outra publicação, o mesmo autor (Campos, 2007), refere que o momento atual é de transição entre modelos assistenciais, iniciando um processo de mudança de enfoque da abordagem curativa para uma abordagem integral.

Segundo Biazus e Debértolis (2006), no Brasil, a construção de um Sistema de Saúde democrático e eficiente é um processo ainda inconcluso e que desafia a competência política, técnica e a capacidade de pactuação expressa na sociedade (BIAZUS; DEBÉRTOLIS, 2006).

A dimensão geográfica continental do Brasil, a grande diversidade cultural e a profunda desigualdade sócio-econômica, especialmente demonstrada em indicadores de Saúde, representam desafios enormes para uma política que busca a universalidade de acesso aos serviços de Saúde, integralidade e superação das profundas iniquidades de acesso e qualidade da atenção à Saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; PIERANTONI, 2004).

Campos e Aguiar (2002) referem que a Saúde no Brasil vem sendo alvo de reflexões e mudanças gerais há algum tempo, porém é inegável que alterações de tamanha magnitude tenham ocorrido em um tempo histórico muito curto. Segundo esses autores, o processo de redefinição da Saúde no Brasil e no contexto internacional não se limita ao pensar técnico-democrático, pois, aborda desde a construção do próprio conceito de Saúde e de seu entendimento como direito inerente à cidadania até a reestruturação do arcabouço institucional responsável pelas ações nesse campo, remanejamento de competências e alterações de financiamento no setor (CAMPOS; AGUIAR, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002).

As demandas da sociedade para com a área e o setor de serviços de Saúde aumentaram e ficaram mais complexas. Isso ocorreu devido ao fenômeno denominado “acumulação epidemiológica” caracterizado pela dificuldade para o controle de doenças infecto-contagiosas e a sua superposição com doenças crônico-degenerativas e aquelas decorrentes de causas externas. Também interferem no trabalho dos profissionais de Saúde, as conseqüências de outros fenômenos correlatos, como: a transição demográfica decorrente do envelhecimento, a violência, problemas relacionados ao estresse, os ritmos de trabalho e novas relações sociais e familiares. Tais demandas da sociedade apontam para a

necessidade de formação de profissionais instigados a participar e assumir responsabilidades no seu processo de formação, de trabalho e na construção de um sistema de Saúde mais equânime.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada no país desde 1994, tem demonstrado capacidade e potencial para produzir mudanças efetivas na organização dos serviços, ampliando conceitos e revisando as concepções que regem o binômio Saúde/Doença (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; COTTA *et al.*, 2006; GOUDBOUM *et al.*, 2005; BARRETO *et al.*, 2006; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; ROCHA, 2005; FARIA; VIANA, 2002; ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008).

Andrade, Bezerra e Barreto (2005) referem que a ESF possui uma decorrência positiva na saúde da população não só de curto prazo, através de uma expansão inicial de acesso aos sistemas e serviços de Atenção Primária à Saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; SOUZA; SAMPAIO, 2002).

Alguns autores refletem que a ESF vem se consolidando como recurso valioso para aprimorar o funcionamento do SUS no contexto de elaboração e construção de novas práticas de Saúde (SANCHEZ; DUMOND; VILAÇA, 2008).

Já para outros autores, como Souza e Sampaio (2002), a expansão do PSF nos últimos anos tem sido polêmica, como seria de se esperar de toda proposta de mudança que tenha como proposta um novo desenho para os sistemas de Saúde. Segundo esses autores, o PSF definitivamente ultrapassou o conceito habitual de “programa”, termo utilizado em uma série de iniciativas governamentais nas últimas décadas (SOUZA; SAMPAIO, 2002).

Outro autor (PAIM, 2001), afirma que se pode observar a existência de “*diversos PSFs*”. Desde a Saúde da Família como um programa delimitado, sem maiores interfaces com outros setores da própria secretaria de Saúde, até, em outro extremo, a utilização de todo seu potencial transformador das práticas, apontando diretrizes para o sistema municipal de Saúde, produzindo “*cunhas para o nível secundário e pontes para nível terciário.*”

Porém, quando se trata do processo de implantação e consolidação da ESF, ainda são muitos os nós críticos existentes:

- Carência de profissionais com formação específica para atuarem na Estratégia Saúde da Família (FONSECA; SEIXAS, 2002; SANCHEZ; DUMOND; VILAÇA, 2008; SOUZA; SAMPAIO);

- A não exigência de qualificação profissional na área para ingresso no mercado de trabalho, visto que, a maioria dos municípios não valoriza a formação em Saúde da Família como critério para contratação e remuneração diferenciada dos profissionais da ESF. Esse argumento pode ser questionado visto que, a carência de profissionais é bem relatada na literatura (FONSECA; SEIXAS, 2002; SANCHEZ; DUMOND; VILAÇA, 2008);.

- A falta de infra-estrutura adequada (ATUN, 2001);

- O desconhecimento, por parte de alguns gestores municipais, sobre os preceitos da Estratégia Saúde da Família e a baixa capacidade de gestão de alguns municípios (SOUZA; SAMPAIO, 2002);

- O fato de que o trabalho das Unidades Básicas é organizado tradicionalmente de forma extremamente parcelada e verticalizada.

- O descompasso e incoerência entre os processo de formação e graduação em Saúde e a demanda dos usuários do SUS por profissionais generalistas com competência para atuar na Atenção Básica à Saúde - ABS (CAMPOS; AGUIAR, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002);

- A desarticulação e fragmentação das iniciativas educacionais em todas as instâncias do sistema de Saúde (SOUZA; SAMPAIO, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002);

- O enfoque da Educação em Saúde ser predominante para a dimensão mais curativa (SOUZA; SAMPAIO, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; SILVA; SENA, 2008).

- A ausência de integração entre os educadores e os membros das comunidades;

- A falta de abordagens interdisciplinares e a compartimentalização do saber (CAMPOS; AGUIAR, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002);

- O financiamento insuficiente para os sistemas e serviços de APS (SOUZA; SAMPAIO, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; FARIA; VIANA, 2002; ATUN, 2001).

- As adequações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (SOUZA; SAMPAIO, 2002).
- Desconhecimento por parte dos usuários e comunidades sobre o que é a ESF e sobre as competências de seus profissionais (ATUN, 2001).

Outro problema que persiste é o da multiplicidade e precariedade de formas de contratação dos profissionais da ESF, como demonstrado pelo estudo do Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2000).

Também é patente a alta rotatividade de profissionais de nível superior que atuam na ESF. Num estudo de caso envolvendo 56 municípios (com 198 profissionais de nível superior entrevistados), Faria e Viana (2002) constataram que 1/3 dos médicos estavam atuando nos municípios estudados há menos de seis meses e a mesma proporção de profissionais de Enfermagem estava atuando entre 1 e 2 anos. Este estudo revelou ainda, que 86% das 102 equipes pesquisadas, já haviam efetivado troca de profissionais médicos e/ou enfermeiros. Outros estudos também evidenciam a alta rotatividade dos profissionais de nível superior que atuam na ESF (SOUZA; SAMPAIO, 2002; COTTA *et al.*, 2006).

É provável que a precarização dos contratos e do processo de trabalho gera grande rotatividade de profissionais na ESF, que por sua vez, interpõe mais um desafio para o processo de capacitação das equipes, bem como para responsabilização e construção de vínculos entre equipes e população (SOUZA; SAMPAIO, 2002; COTTA *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2006).

Tal problemática inspira uma reflexão sobre o modo de trabalho adotado historicamente pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com políticas de Saúde fragmentadas, gestão separada dos níveis de Atenção à Saúde, dissociação dos serviços de Vigilância à Saúde, excessiva divisão e especialização de áreas técnicas (BRASIL, 2005).

Da mesma forma o processo de desenvolvimento de recursos humanos para atuarem na APS e ESF vem ocorrendo de forma pontual, fragmentada, descontínua, não dando conta da integralidade da assistência (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

1.1.2 Formação de profissionais de Saúde:

Os processos de inserção dos profissionais de Saúde no SUS podem variar, de acordo com cada categoria profissional. No entanto, segundo Carvalho e Ceccim (2006), os seus olhares sobre o SUS não diferem muito. Na visão dos gestores governamentais, os profissionais que procuraram o SUS, como espaço de trabalho, não têm formação adequada e argumentam que a universidade não se compromete com o SUS.

Na ótica dos docentes, as Unidades Básicas de Saúde são espaços que oferecem grandes dificuldades para se trabalhar e não oferecem condições adequadas para a aprendizagem.

Na concepção dos estudantes das áreas da saúde, as Unidades Básicas de Saúde são espaços onde não se pratica a integralidade do cuidado e têm dificuldade de agregar equipes multiprofissionais (ALVES, 2005; CECCIM, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006). Além disso, tem sido pouco clara a articulação entre o perfil de oferta de recursos humanos para Saúde e as necessidades de Saúde da população (PAZ *et al.*, 2002).

Na literatura sobre esta temática há uma ampla discussão sobre a inconsistência entre conhecimentos (o que se sabe), atitudes e práticas (o que se faz) em relação aos objetos da Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Questiona-se a deficiência na base teórica que embasa a Educação em Saúde, no processo ou na expectativa de resultados esperados pelos diversos atores envolvidos (BIZZO, 2002; MARCO, 2006; BARRETO *et al.*, 2006).

Outro autor, Merhy (2005), revela sua inquietação sobre a visão predominante entre os gestores governamentais, que se posicionam sistematicamente a partir da noção de que a baixa eficácia das ações de Saúde deve-se a uma aludida falta de competência dos trabalhadores; que essa deficiência poderia ser corrigida pela oferta de cursos compensatórios. Diante desta visão do problema, estes gestores passam a propor exaustivamente cursinhos pontuais, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e reais mudanças nas práticas destes profissionais. Para esse autor, os termos Educação em Saúde e trabalho em Saúde não podem ser vistos separadamente, pois, um produz o outro, com efeitos

fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado (MERHY, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; ANDRADE; FERRAZ, 2008).

Historicamente a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado. Esta alienação tem se mostrando impermeável ao Controle Social sobre o setor Saúde. Os currículos pouco valorizam a Atenção Básica e dão baixa relevância à concepção de Promoção da Saúde (BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002).

Segundo Silva e Sena (2008):

As escolas de ensino superior avançaram na concepção crítico-reflexiva em relação à sociedade, mas revelam-se conservadoras na maneira como ensinam e operam os conteúdos, adotando grades curriculares estanques, que levam à formação de um estudante comparável a uma colcha de retalhos, por somatória ou justaposição de conhecimentos. O que prevalece e orienta a construção dos Projetos Político-Pedagógicos - PPP, na maioria das escolas, é a ênfase na concepção do processo Saúde-doença, limitando-se tais projetos a abordar a enfermidade, a cura e a atenção individual, que não capacita os estudantes para mobilizar os saberes na busca da integralidade.

Segundo Almeida e Ferraz (2008), na graduação em Saúde a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais encetados pelo SUS e na prática exerce significativa influencia no ordenamento futuro dos profissionais de Saúde (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

O Ministério da Educação (MEC)¹, órgão formulador e regulador das políticas de educação, ainda não conseguiu traçar uma política coerente de formação de profissionais de nível secundário no Brasil, embora, desde a década de 60, seja evidenciado o problema da excessiva especialização desses profissionais (BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002).

1 O Ministério da Educação é o órgão que se incumbem da regulação da abertura de cursos, oferta de matrículas e da qualidade da formação, todavia ao Ministério da Saúde compete a ordenação dessa formação na perspectiva de garantir as condições necessárias para o desenvolvimento da atenção à Saúde.

Apesar da Constituição, em seu artigo 200, atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da Saúde (preceito regulamentado pela Lei 8.080), esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Os instrumentos de poder e de articulação que dispõe o sistema neste momento, para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos, além de não serem suficientes, não tem sido utilizados na sua totalidade (ALMEIDA; FERRAZ, 2008; MORITA; KRIGER, 2003).

Somente mais recentemente, o Ministério da Saúde tem se preocupado em orientar o processo de formação dos recursos humanos da área, estabelecendo, para tanto, parceria com o Ministério da Educação (MORITA; KRIGER, 2003).

Em se tratando especificamente da formação médica, o que se conclui as mudanças ocorreram mais em função da disponibilidade de instituições e de profissionais, notadamente no setor privado, do que em razão das reais necessidades e demandas da população (BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002).

O relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada em 1986 já refere a necessidade adequação da formação de profissionais de Saúde para atuarem no SUS:

[...] a formação de recursos humanos para a Saúde deve ser pensada como um todo, em que as características dos diversos níveis e as especificidades profissionais e multiprofissionais sejam estabelecidas em conjunto, tomando por referência a implantação de um Sistema Único de Saúde com as características definidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde [...] observar-se-á a adequação entre os serviços de Saúde oferecidos e as necessidades de atendimento da população. Isto significará que: Os conteúdos ministrados nos cursos (aperfeiçoamento, habilitação, graduação, pós-graduação) deverão ser estabelecidos a partir das necessidades do Sistema Único de Saúde democratizado. O que implicará em uma substancial alteração da estrutura de ensino brasileiro, no sentido de integrá-lo ao Sistema Único de Saúde.

O relatório da IX Conferência Nacional de Saúde expõe a problemática dos recursos humanos para atuarem na ESF:

[...] o avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família evidenciou as limitações atuais da formação profissional como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS. Essas limitações têm obrigado os serviços a suprir deficiências da educação formal em Saúde de técnicos, graduados e pós-graduados que não respondem às necessidades de Saúde da população.

No relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde está novamente realçada a questão dos recursos humanos em Saúde:

Há ausência da academia nos processos de formação, re-qualificação e capacitação dos Recursos Humanos para a nova realidade e modelos de gestão. Essa falta de qualificação profissional desmotiva e desgasta física e emocionalmente, acarreta dificuldades de relacionamento e impede a coesão das equipes de Saúde e resulta na execução das tarefas sem planejamento, exigindo uma política de educação Continuada aos profissionais (CNS, 2000).

O relatório da II Conferência Nacional de Recursos Humanos expõe a problemática da formação de recursos humanos para o SUS: “[...] a formação de recursos humanos desconsidera questões como: quem esta formando? Para quem esta formando? Para o que está formando?” (CNRH, 1996)

Considerando o imperativo de sustentação do SUS a Atenção Básica é a estratégia primordial de organização da rede de cuidados; portanto o foco da estruturação curricular alencada nos repertórios das conferências indica o desafio da implementação de um currículo integrado que seja capaz de reduzir ao máximo a fragmentação causada pela separação dos cursos em ciclo básico e profissional. Outro desafio é promover a inter e a transdisciplinaridade no trabalho coletivo em Saúde, ressaltando o caráter multiprofissional da atenção primária à Saúde e ESF (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Em 1996 foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Todavia sua implementação implica em grande desafio na direção de formar profissionais de Saúde com competência técnica e política e compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Para muitos autores, as instituições formadoras têm perpetuado modelos educacionais essencialmente conservadores. Modelos centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico que contribuem, sobremaneira, para a precoce especialização e superespecialização, que não têm respondido de forma adequada às necessidades de Saúde da população (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LLANOS; ALMEIDA, 1999; CANDEIAS, 1997; CARVALHO; CECCIM, 2006; GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; FONSECA;

SEIXAS, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; SOUZA, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; FARIA; VIANA, 2002; MORITA; KRIGER, 2003).

Muitos autores citam contradições entre a realidade profissional e o ensino em Saúde atual, que podem ser apontadas. Dentre elas, destacam-se algumas, sem a intenção de se esgotar as variáveis do problema (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LHANOS; ALMEIDA, 1999; CANDEIAS, 1997; CARVALHO; CECCIM, 2006; GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; SOUZA, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; COTTA *et al.*, 2006; CASTRO, 2007; BARRETO *et al.*, 2006, ATUN, 2001):

- A hegemonia da atenção hospitalar, sendo o aprendizado centrado no Hospital Universitário e dissociado do Sistema de Saúde;
- Currículos que pouco valorizam a ABS;
- O modelo curativo individual e centrado nas doenças e um corpo entendido como território que evoluem as doenças;
- A desarticulação entre as ciências básicas (biológicas), clínicas e sociais;
- A existência de grades curriculares baseadas em disciplinas desvinculadas entre si²;
- O enfoque do trabalho em Saúde estar centrado na figura do médico;
- A falta de participação das escolas em um processo integral de Educação Permanente para os profissionais formados;
- Excessiva especialização.

A qualidade da formação do profissional faz com que sua atuação na ESF, não raras vezes se reduza ao curativo e seja exclusivamente restrita ao consultório (COTTA *et al.*, 2006).

A reforma curricular dos cursos de graduação em Saúde não foi uma consequência natural da reforma sanitária (CAMPOS; AGUIAR, 2002). Inovações curriculares, necessárias para formar profissionais alinhados com os objetivos da ESF e que incluem expressivas mudanças curriculares, têm sido insuficientes para promover alterações significativas e continuadas na formação de recursos humanos em Saúde, persistindo uma formação inadequada dos profissionais que atuam ou

2 A partir do Relatório Flexner (1910), os cursos passaram a ser divididos em ciclos básicos (nos quais são ensinados os substratos biológicos responsáveis pela Saúde e pela doença) e ciclos profissionais (responsáveis pelo aprendizado do exercício clínico propriamente dito).

que irão atuar no sistema (FARIA; VIANA, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2006).

Segundo Morita e Kriger (2003), todos os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços tiveram pouca sustentabilidade, pois sempre dependeram de uma adesão ideológica de docentes e estudantes. As atividades de ensino-aprendizagem, extramurais, sempre dependeram mais da voluntariedade dos professores que as coordenavam do que do apoio institucional e da participação do quadro docente como um todo (MORITA; KRIGER, 2003).

Segundo Campos e Aguiar (2002), ocorreram apenas mudanças conjunturais, sem que se alcancem os problemas estruturais subjacentes e sem que as necessidades de Saúde da comunidade sejam devidamente consideradas. As dificuldades de articulação entre as áreas ou departamentos de clínica com as áreas da Saúde coletiva nos centros formadores é apontada por Souza e Sampaio, 2002, como outro nó crítico.

Segundo Bevilacqua e Sampaio (2002), pouco se progrediu em relação ao estabelecimento de um mecanismo regulatório voltado para equilibrar a oferta e demanda de especialistas na área de Saúde.

No cenário da formação educacional, cada vez mais os antigos currículos das escolas médicas e de Enfermagem se mostraram inadequados frente às mudanças sociais e às demandas dos serviços.

Enfim, a revisão da literatura sobre reformas curriculares aponta mais fracassos que sucessos (BOULOS, 1997; SWEENEY, 1999 *apud* PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; CAMPOS; AGUIAR, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002).

Para completar, existem diversos educadores e orientadores que estão desatualizados e precisam aprender novos modos de ensinar. Esses educadores praticam a concepção bancária da educação, na qual existe o predomínio do caráter narrativo nas relações professor-aluno. A chamada educação bancária transforma o conteúdo, seja de valores ou dimensões empíricas da realidade, em algo sem vida que se petrifica uma vez enunciado. Desconsidera o contato com a autoridade (BIZZO, 2002; CARVALHO; CECCIM, 2006).

A formação de graduação dos médicos no estado do Ceará tem influenciado historicamente nos modos de atuação desses profissionais (SANTOS *et al.*, 2006).

O primeiro curso de Medicina no estado, na Universidade Federal do Ceará (UFC), foi fundado em 1948. Durante décadas, a permanência de apenas um curso no estado reforçou o caráter elitista da profissão no Ceará. Apenas recentemente foram criados outros cursos: em Sobral (2001), Barbalha (2001), Juazeiro do Norte (2000), na Universidade Estadual do Ceará, UECE (2001), Faculdade Christus (2006) e Universidade de Fortaleza (CASTRO, 2007).

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a Saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação. No máximo se impuseram fatores críticos ao se revelar a necessidade de re-formar os profissionais para atuar no SUS.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Segundo esses autores, iniciativas como os Programas de Interiorização do Trabalho em Saúde (PIT's), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores na área de Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, foram iniciativas ainda tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A problemática referida no atual estudo culmina com a constatação que a maioria dos profissionais de Saúde de nível superior atuando no mercado de trabalho no Brasil, não foram formados para atuar e “aderir” a uma proposta como a ESF. Esta exige dedicação de 40 horas semanais em serviço, Educação em Saúde permanente, e fundamentalmente a criação de vínculos com a comunidade em que se atua (ANDRADE *et al.*, 2006; BARRETO *et al.*, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CARVALHO; CECCIM, 2006; GIOVANNI; FARIA, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002).

1.5 Justificativas para a realização do estudo:

Com a rápida expansão do PSF no País, o sistema de Saúde encontra-se diante do desafio de criar estratégias educacionais efetivas para a formação de um profissional com o perfil para atuar na atenção primária, em curto prazo, pois esse mesmo profissional já está inserido nas unidades básicas de Saúde espalhadas pelos municípios do Brasil inteiro.

Foi amplamente discutido neste estudo a contradição entre formação em Saúde e necessidades do SUS.

Ser um profissional de Saúde, segundo Carvalho e Ceccim (2006), requer além do conhecimento científico e tecnológico, o conhecimento de natureza humanística e social relativos ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar sistemas e serviços de Saúde. O diploma em qualquer área de Saúde não é o suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Um dos objetivos centrais do desenvolvimento de profissionais de Saúde para o SUS é produzir um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas e cujo histórico, de linguagem e de atributos sociais os tornem acessíveis e capazes de alcançar diversos tipos de clientes e populações. Para isso, é necessário planejamento ativo e gerenciamento na produção de recursos humanos com foco na construção de instituições formadoras fortes, no fortalecimento da regulação profissional e na revitalização das capacidades de recrutamento (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

De acordo com a Norma operacional básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à Saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para atenção individual de Saúde, quanto para Saúde coletiva.

As iniciativas do Ministério da Saúde têm sido crescentes, mas ainda são insuficientes. Os passos dados pelas instituições de ensino ainda são muito frágeis e tímidos. A demanda por uma política de recursos humanos mais coerente com o SUS ainda está represada.

Gil, Cerveira e Torres (2002) questionam até quando a sociedade vai poder pagar para ter profissionais que não correspondem às necessidades de Saúde de um grande contingente da população, nem atendem às necessidades de organização dos serviços (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse estudo se justifica pela relevância em identificar as necessidades de Educação em Saúde percebidas pelos profissionais da ESF e a constatada exigüidade de trabalhos sobre o tema. Visa gerar informações úteis para auxiliar o processo de planejamento, tomada de decisão e avaliação da formação desses profissionais pelos gestores a nível municipal, estadual e federal em parceria com as instituições de ensino.

É uma proposta para reorientar a formação de recursos humanos para atuarem no SUS, dentro da lógica da Educação Permanente em Saúde. Para alcançar esta meta, é necessário avaliar diversos processos formativos em contextos sociais e econômicos variados, bem como as necessidades de Educação em Saúde sob a ótica dos atores envolvidos.

1.2 Conceitos e preceitos referentes à problemática em questão

1.2.1 Atenção Primária à Saúde (APS)/Atenção Básica à Saúde (ABS)

Os princípios da Atenção Primária à Saúde foram definidos formalmente na Conferência realizada em Alma Ata, em 1978, e confirmados pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1979, como:

[...] a atenção essencial à Saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis à indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e determinação. A atenção primária é parte integral do sistema de serviços de Saúde do qual representa sua função central e o primeiro foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. É um tipo de atenção que constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade 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. (STARFIELD, 2004).

Com base na produção de alguns autores (STARFIELD, 2002; VUORI, 1984 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BARRETO, 2006), pode-se conceituar APS como o nível de um sistema de Saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas. A APS fornece atenção integral à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, coordena e integra a atenção à Saúde. Pode ser compreendida como uma tendência de se inverter a priorização das ações de Saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de Saúde (STARFIELD, 2002; VUORI, 1984 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BARRETO, 2006). A APS é colocada como prioritária no processo de reorganização dos sistemas de Saúde.

Atualmente, quatro características têm sido apresentadas como “próprias” da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação. Dessas características derivam três aspectos adicionais que são a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária (STARFIELD, 1998).

São grandes as dificuldades encontradas para análise das diversas utilizações das terminologias Atenção Primária e Atenção Básica, não só em textos oficiais, mas também em textos acadêmicos, nos quais ambas são tratadas como sinônimos ou como conteúdos específicos.

Antes da questão semântica, essa discussão parece incorporar um grande viés ideológico. O Ministério da Saúde adota a definição de Atenção Básica através

da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Opto pelo não aprofundamento desse ponto. Ambas serão tratadas como sinônimos.

A publicação do *Manual para Organização da Atenção Básica* pelo Ministério da Saúde, em 1998, foi um momento de destaque no processo de demarcação da importância desse nível de atenção para a organização dos sistemas de Saúde. Assim a Atenção Básica foi colocada como prioritária no processo de reorganização dos sistemas municipais de Saúde (SOUZA; SAMPAIO, 2002; BRASIL, 1998). A ABS é definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, orientadas para promoção da Saúde, a prevenção de agravos o tratamento e reabilitação” (SOUZA; SAMPAIO, 2002; BRASIL, 1998).

1.2.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu em 1994 mediante a decisão política de reorganizar a rede de assistência à Saúde, direcionando-a para a universalização, integralidade, expansão do acesso da população à APS e equidade. As diretrizes como a acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização, coordenação, longitudinalidade do cuidado e participação popular também, são incorporadas ao PSF. (FARIA; VIANA, 2002; ANDRADE *et al.*, 2006; CAMPOS, 2007).

Diversos autores referem que o PSF tratar-se de uma estratégia, uma vez entendido como modelo de reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. (ANDRADE *et al.*, 2006; MENDES, 1996; GOUDBOUM *et al.*, 2005; ROCHA, 2005; BRASIL, 2007; CAMPOS, 2007; ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005; SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008).

O PSF não foi implantado para organizar a Atenção Básica temporariamente, mas essencialmente como uma política pública para estruturar o sistema de Saúde (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005). Essa estratégia, quando concebida em integração com o conjunto da rede de cuidados dos municípios, busca combinar a

extensão da cobertura dos serviços de Saúde com qualidade dos serviços prestados ao conjunto da população brasileira (ROCHA, 2005).

Considero correta a definição Estratégia Programática Saúde da Família em consonância com a definição o conceito logístico desenvolvido por Testa (1989): “A idéia de uma estratégia programática se refere à implementação de uma política por meio da realização de um programa ³ [...]”

Porém, continuarei utilizando o termo Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que este já foi consagrado pelo uso.

A Estratégia Saúde da Família tem potencialidade de solucionar grande parte das demandas da Unidade de Saúde da Família e de seu território, desde que as equipes de Saúde sejam formadas por profissionais capacitados para atuar através de ações em Saúde, que exigem o uso de tecnologias leves e de alta complexidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; SOUZA; SAMPAIO, 2002; COTTA *et al.*, 2006; ANDRADE *et al.*, 2006). A consolidação da ESF gera a necessidade de interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento, não ficando restrita a uma racionalidade biomédica (ROCHA, 2005; BARRETO, 2006).

Andrade, Barreto e Bezerra (2006), definem a Estratégia Saúde da Família como um modelo de APS operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de Saúde da Família, comprometidas com a integralidade da assistência à Saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade pela qual possui responsabilidade sanitária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; ANDRADE *et al.*, 2006; ROCHA, 2005; ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

A Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde peculiar ao Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista, minimamente por um médico de Família e Comunidade (MFC), um enfermeiro, um

3 Um programa, segundo Mario Testa, consiste em um ordenamento de recursos que têm um destino específico, com um objetivo prefixado e sob uma condução normativa- ocasionalmente também administrativa.

auxiliar ou técnico em Enfermagem e seis a oito agentes comunitários de Saúde, responsáveis pela atenção integral a cerca de 800 famílias

A operacionalização dos preceitos da Atenção Básica reafirma a Saúde da Família como estratégia programática prioritária de implantação, com garantia de recursos específicos para tal. A ESF, apesar de não ser a única estratégia apresentada quando se analisam as experiências que vem ocorrendo nos municípios brasileiros, é sem dúvida, a de maior abrangência (SOUZA; SAMPAIO, 2002)

É inegável que a ESF impôs novas responsabilidades de gestão e de atenção a demandas por parte de profissionais qualificados e comprometidos com o novo referencial teórico-prático inaugurado por essa política. O dilema de superar a etapa da expansão quantitativa do acesso ao PSF e passar para uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade nas ações da estratégia e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

Ao longo dos últimos anos o PSF se expandiu nacionalmente, com um incremento significativo de cobertura (Gráficos 1, 2 e 3).

Gráfico 1 - Metas e progressão do número de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008.

Gráfico 2. Progressão do número municípios brasileiros com equipes do Programa de Saúde da Família implantadas. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009.

Gráfico 3. Progressão da cobertura populacional de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009.

Contextualizando e localizando o processo de implantação da ESF no município de Fortaleza (CE), este, a partir do ano de 2005, decidiu adotar a

Estratégia Saúde da Família como estruturante da rede de serviços do município. Para essa ação, em fevereiro de 2006, integrando um concurso público estadual, o município ofertou vagas para 1380 profissionais de nível superior, sendo 460 médicos, 460 enfermeiros e 460 odontólogos (BARRETO *et al.*, 2006). Foram implantadas em 2006, 274 novas equipes de Saúde da Família (CASTRO, 2007). A decisão política baseou-se ainda nos resultados de desempenho insuficiente do sistema de Saúde pré-existente no município, até então com coberturas insuficientes e injustas, do ponto de vista territorial, das ações de atenção primária à Saúde, sendo que há uma concentração maior de serviços de Saúde justamente nos bairros onde reside a população mais favorecida economicamente, enquanto que uma grande parcela da população mais carente não obtinha acesso a serviços básicos de Saúde (FORTALEZA, 2006).

1.2.3 Categorias e conceitos conexos ao tema das necessidades percebidas de Educação em Saúde

Conforme afirmado anteriormente, o foco da análise realizada nessa dissertação volta-se para a análise das necessidades educacionais percebidas pelos profissionais de nível superior, que atuam nas equipes de Saúde da Família, modelo de organização da APS adotado no município de Fortaleza/CE. A análise compartilha com Campos (2000) a convicção que “não é possível à expressão de Desejos, Interesses e Necessidades sem que os seres humanos dêem vazão a sua própria subjetividade. Exorcizá-la, seria, portanto condenar as pessoas a uma objetividade submissa ao mundo e a vontade alheia.”

As necessidades sociais, segundo Campos (2000), são decorrentes da dinâmica histórico-social. A construção de necessidades sociais ocorre através de processos dialéticos, em que Sujeitos produzem necessidades a partir de seus desejos e interesses, ainda que constrangidos por valores e limitações dominantes em cada período e espaço social. Porém o jogo de forças é assimétrico em grande parte das situações concretas em que as necessidades sociais e as Instituições (o mercado, o Estado, a Medicina, etc.) tendem a se apresentar aos Sujeitos como forças naturais manipuladoras e estranhas a ele (CAMPOS, 2000).

Para Leontiev (1978) *apud* Rossler (2004), o psiquismo é um produto da experiência sócio-histórico humana e esta é condicionada pela estrutura da atividade social. Essa reflexão está em consonância com Campos (2000), no que se refere à dialética das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais (ROSSLER, 2004; CAMPOS, 2000).

A idéia da qualificação profissional como construção social depende de fatores como o costumes e a tradições socialmente construídas. Nela possuem papel de destaque não apenas os aspectos técnicos, mas os aspectos da personalidade e os atributos do trabalhador. O trabalho em Saúde se baseia em uma relação entre pessoas e em todas as fases de sua realização está sujeito aos desígnios do trabalhador em questão.

Segundo Pereira (2006) existe a necessidade de se levar em conta à análise da experiência e das culturas vividas pelos trabalhadores na sua relação com o conhecimento científico. Desde Marx, passando por todos os ramos da Teoria Crítica, há o entendimento de que o mundo dos sentidos e necessidades sociais não é neutro, pois nele perpassam necessariamente as ideologias. Esse autor, pensando com Agnes Heller (1994), refere que o cotidiano é sempre histórico, não um cenário inerte (HELLER, 1994 *apud* PEREIRA, 2006).

As necessidades sociais de educação em saúde dos profissionais de Saúde são referidas também por Pereira (2003). Segundo esta autora:

Devido à crescente acumulação de conhecimentos e, como conseqüência, a necessidade de atualização constante do profissional de Saúde, torna-se indispensável um processo de formação contínua que vise não somente à aquisição de habilidades técnicas, mas também ao desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no mundo social.

Outro conceito encontrado na literatura é o de “necessidades cognitivas”, segundo as quais, diversos aspectos da subjetividade se interagem influenciando na capacidade ou não dos sujeitos desencadearem processos diversos (CAMPOS, 2007).

A subjetividade está intrínseca na vida humana que hoje se caracteriza por um contexto de crise, levando-nos a uma busca, a uma inquietação, a uma indagação, que incidem na produção do conhecimento (MIRANDA, 1998).

Segundo Campos (2000), o desejo refere-se ao inconsciente, e a sua manifestação ocorre independente da existência de projetos e meios racionais considerados necessários à sua realização. O desejo não se recorta segundo noções de conveniência ou de cultura e transcende limites sociais e referências históricas. (CAMPOS, 2000). Dialogando com Deleuze e Guattari (1976) e Moura (1995), Campos (2000) reflete que ainda quando se admita que o desejo seja produzido por processos internos (de origem instintiva) e intersubjetivos (pulsões conformadas pelas relações familiares, introjeções de valores, etc.), uma vez constituído como desejo, tende a operar como força pulsional, com grande autonomia sobre o mundo externo (DELEUZE; GUATTARI, 1976; MOURA, 1995 *apud* CAMPOS, 2000).

Outra maneira de expressão da subjetividade são os interesses. Campos (2000) relata que o interesse indica um compromisso maior com o real, desta forma, o atendimento de interesses depende de maior capacidade do Sujeito para lidar com dados da realidade. Daí a possibilidade de contraposição entre desejo e interesse. Para Campos (2000), interpretando Marx, os interesses de uma classe social definem-se a partir de imposições decorrentes de sua reprodução econômica, social e política, guardando relação com a reprodução dos Sujeitos e dos Grupos (CAMPOS, 2000).

Do meu ponto de vista, as necessidades percebidas são as relações entre desejos, interesses e necessidades sociais percebidas ou impostas a esses sujeitos, pois, segundo Paim e Nunes (1992), o conhecimento se origina nas necessidades ou problemas sociais dentro de um projeto histórico (PAIM; NUNES, 1992).

Não menosprezamos a constatação de Campos sobre a complexidade entre o vínculo narcísico e social em cada sujeito e optamos pela explicação de significados sobre as necessidades sentidas ou percebidas pelos atores institucionais estudados (CAMPOS, 2000) (Figura 2)

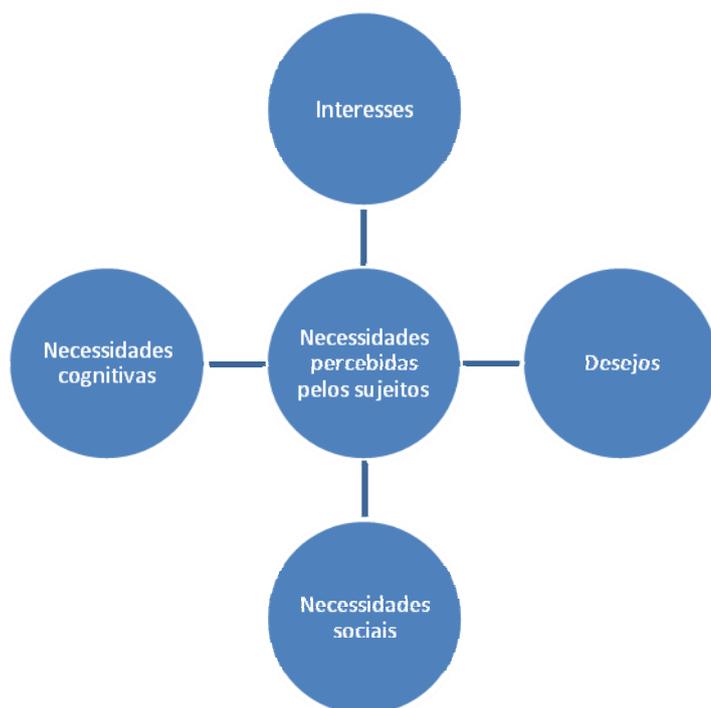


Figura 2 - Organograma ilustrando a concepção de necessidades percebidas

1.2.4 Recursos Humanos: Trabalhadores, Atores, Sujeitos do SUS

No período anterior à formulação do SUS, a área de recursos humanos em Saúde não apresentava relevância, sendo um tema com baixa repercussão no sistema de Saúde nacional. No entanto com o debate social acerca do delineamento e implantação do SUS, os recursos humanos ganham visibilidade (ALMEIDA; FERRAZ, 2008), estando em pauta nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos para o SUS e nas Conferências Nacionais de Saúde.

Santos Neto (2007), analisando a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para o SUS (1994), conclui que basicamente a proposta de Política de Recursos Humanos no âmbito do SUS seria orientada por dois subtemas: o de preparação/formação e o de gestão do trabalho em Saúde.

Transcorridos vinte anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os obstáculos discutidos anteriormente nesse trabalho, têm dificultado a gestão do mais complexo recurso do setor: os recursos humanos. Esta é uma expressão que

gera polêmica, pois, postula-se um conceito mais humanizado para referir-se aos profissionais de Saúde.

Paim (1992) *apud* Santos Neto (2007) reflete que:

Ainda que tais subtemas representem questões relevantes para a reorientação do sistema de Saúde no sentido da integralidade, da equidade, da participação e da ética na relação com os usuários, percebe-se certo vazio nas conclusões do evento quanto à problemática do emprego e do mercado para a força de trabalho em Saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001), a preocupação com a necessidade de uma política nacional de recursos humanos é assim expressa:

Reafirmação da necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de estímulo à interiorização de profissionais de Saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de Saúde; garantia de equipes multiprofissionais.

Nogueira (1983) *apud* M Filho e Pierantoni (2004) reflete que as cruas relações políticas e institucionais, assim com as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais, para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

Recursos Humanos em Saúde (RHS), segundo Paim e Almeida Filho (2000), somos todos nós (alunos, professores e profissionais); e somos bem mais que meros recursos ou insumos para um processo externo.

Para L'abbate (1999), recurso humano é gente que trabalha para viver (L'ABBATE, 1999). Cabe lembrar que os RHS fazem coisas, têm sonhos, constroem e implementam projetos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Esses sujeitos possuem desejos, interesses e necessidades. Habermas (1991) citado por esses autores reflete que deve se considerar no projeto pedagógico o mundo desses sujeitos, no sentido de auxiliá-los na sua transformação de "agente-sujeito" em "sujeito-agente" (HABERMAS, 1991 *apud* PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Parte-se do pressuposto de que trabalhadores de Saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas, sujeitos com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capazes de

aderir a projetos de transformação (L'ABBATE, 1999). Para esses autores, para aqueles que têm responsabilidade com a formação e o desenvolvimento desses sujeitos é indispensável identificar oportunidades, exercitar a criatividade, produzir fatos e relações sociais que contribuam para a emancipação dos seres humanos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; L'ABBATE, 1999).

Machado (1995) *apud* L'abbate (1999) defende que os trabalhadores em Saúde são um “*bem público, uma utilidade pública*”, já que o setor público emprega 52% do total de empregos no setor Saúde.

Referimo-nos, portanto, ao trabalho em Saúde, sendo esse interpretado como processo, o que significa compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. Implica considerar que os profissionais de Saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas desenvolvidas (MOTTA, 1996 *apud* PEDROSO, 2005).

Os conceitos recursos humanos, força de trabalho e emprego em Saúde, embora aparentemente muito próximos, têm cada um sua própria esfera de aplicação. Médici *et al.* (1991;1992) *apud* M Filho e Pierantoni (2004) referem as seguintes características desses conceitos:

- O conceito *recursos humanos*, apesar de abstrair as relações sociais, entende os profissionais de Saúde como técnicos dotados de capacidade para dar resposta a uma necessidade social. Como prática social, esse saber técnico só pode ser aplicado o seu objeto por meio do processo social de produção de serviços de Saúde, subordinado à mediação de um conjunto de relações;

- O conceito *força de trabalho* dedica-se às relações sociais que vinculam os trabalhadores a um ramo de atividades específico, considerando sua inserção no processo de trabalho.

- O *emprego* destina-se à análise da demanda agregada por um conjunto determinado de postos de trabalho e respectivas inserções institucionais no mercado de trabalho.

A força de trabalho em Saúde está submetida às leis do mercado que estabelecem as relações entre oferta e demanda. No caso do mercado de trabalho

para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino, que forma e gera a oferta de profissionais, e o modelo de atenção à Saúde, que atua sobre a demanda e composição dessa força de trabalho (M FILHO; PIERANTONI, 2004).

1.2.5 Educação em Saúde

Outro conceito que julgo necessária uma breve discussão é o da Educação em Saúde, em razão de sua polissemia.

As práticas educativas são amplamente utilizadas na área de Saúde, tanto na formação contínua dos profissionais que atuam nessa área quanto no campo da Educação em Saúde para população em geral. A interseção destes dois campos de conhecimento humano se dá através do desenvolvimento de práticas educativas norteadas por um conjunto de representações de homem e de sociedade que se quer efetivar. (PEREIRA, 2003).

Segundo Candeias (1997) entende-se por Educação em Saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à Saúde (CANDEIAS, 1997). Carvalho e Ceccim (2006) interpretam Educação em Saúde como sinônimo de formação em Saúde, o que segundo estes autores, implica em tematizar o ensino na graduação e pós-graduação nas profissões da área (CARVALHO; CECCIM, 2006). Pereira (2003) refere que a Educação e a Saúde são espaços de produção e aplicação de saberes, destinados ao desenvolvimento humano. Segundo essa autora, os profissionais da Saúde utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA, 2003).

Os processos educativos formais que legitimam socialmente os profissionais de Saúde, incluindo aqueles que atuam no SUS, são considerados processos de formação. Nesse sentido formação é um conceito que compreende educação como instituição em uma dada sociedade, ou seja, o sistema educacional formal público e privado representado pelas escolas, universidades regulamentados pelas instituições normativas federais e estaduais. O educando neste processo percorre um currículo que contém disciplinas de natureza geral e profissional com objetivo de

prepará-lo para o exercício da cidadania e a prática específica de uma profissão (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

O processo de Educação em Saúde enfocado no atual estudo é a formação dos profissionais para atuarem no SUS, especificamente na Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Segundo Paim e Almeida Filho (2000), a problematização como estratégia de ensino possibilita a aplicação de técnicas como a Aprendizagem Baseada em Problemas (VENTURELLI, 1997), a reflexão teórica, a análise política e a síntese de informações e conhecimentos (VENTURELLI, 1997 *apud* PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Esta metodologia utilizada poderá partir da análise de "situações-problemas" e processos gerados no âmbito dos serviços de Saúde para apoiar o desempenho do profissional na realização de atividades da sua função, segundo o nível de inserção na instituição (serviço, estabelecimento, distrito sanitário, região, nível central etc.), no sentido de reconceituar os processos de capacitação do pessoal empregado nos serviços de Saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Outro autor, Merhy (2005), reafirma a proposta de uma problematização sobre a Educação em Saúde, advogando com muitos outros a idéia da Educação Permanente. Esta parte do pressuposto de uma aprendizagem significativa que promove e produz sentidos (MERHY, 2005; PEDROSO, 2005). *Problema* é uma brecha entre um aspecto da realidade e um valor ou desejo sobre como deveria ser essa realidade para um determinado observador, individual ou coletivo (BRASIL, 2005). Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e idéias, compreendendo os processos e propondo soluções (BRASIL, 2005).

A Educação Continuada em Saúde tem sido amplamente discutida na literatura (CAMPOS; AGUIAR, 2002; BARRETO *et al.*, 2006; CECCIM, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FONSECA; SEIXAS, 2002; PAIM; NUNES, 1992; L'ABBATE, 1994; BUZZ, 2002; MERHY, 2005; AGENDA EDUCATIVA EURACT, 2006; PEDROSO, 2005).

As reformas curriculares e a mudança do perfil da formação de profissionais da Saúde apresentam muitos desafios. Campos e Aguiar (2002) prepuseram três eixos de direção para a reflexão e o início do processo de mudança.

O primeiro eixo diz respeito à orientação teórica das escolas, situando à produção de conhecimentos relevantes aos serviços de Saúde, à oferta de pós-graduação e de Educação Permanente. O segundo eixo se ocupa da estrutura curricular cujo desafio é a promoção de um currículo integrado, reduzindo-se ao máximo a fragmentação causada pela separação dos cursos em ciclos básico e profissional (CAMPOS; AGUIAR, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002). Segundo Pereira (2006), o currículo integrado é entendido como um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional e articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, práxis e território (PEREIRA, 2006).

O item mudança pedagógica tem como desafio a participação ativa do aluno em seu próprio processo de aprendizagem, desafio manifestado também por muitos dos depoimentos presentes no trabalho de Vasconcelos, Frota e Simon (2006).

A orientação programática versa sobre o desafio de se inverter a seqüência clássica teoria/prática, promovendo a construção dialética do conhecimento através da reflexão-ação-reflexão (VASCONCELOS; FROTA; SIMON, 2006).

O eixo cenário de práticas ocupa-se dos locais de prática da aprendizagem e da abertura dos serviços da instituição ao sistema de Saúde local e ao território (CAMPOS; AGUIAR 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002; PEREIRA, 2006).

O processo de Educação em Saúde deve potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho desta área. Estas mudanças devem ser contextualizadas em uma vivência educacional que tem como protagonistas os gestores e os trabalhadores da Saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares (BARRETO *et al.*, 2006; CECCIM, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006; FONSECA; SEIXAS, 2002; L'ABBATE, 1999). Esse processo acolhe como exigência política um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em Saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Permite, assim, que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à Saúde se incorporem ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da Saúde, inseridos no SUS.

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades. Uma política de Educação Permanente em Saúde deve articular e colocar em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos, um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 3; CECCIM, 2005; BARRETO *et al.*, 2006; CARVALHO; CECCIM, 2006).

Ao se considerar os momentos constitutivos da prática em Saúde coletiva, as relações técnicas e sociais e as organizações em que se realizam, Paim e Nunes (1992) referem que alguns princípios devem ser considerados para a Educação Continuada: a educação é um processo contínuo, dinâmico e inovador; todo grupo social é educativo; o esforço educativo é universal e integral; a educação é um processo ordenador do pensamento; o sistema educativo tem caráter integrador (PAIM; NUNES, 1992).

Outro processo fundamental para o processo de Educação Continuada em Saúde é o de produção de ciência e tecnologia adequada aos contextos de cada microrregião. (BARRETO *et al.*, 2006).

Outra diretriz importante para o processo de Educação em Saúde é a necessidade de os profissionais\alunos sentirem-se o tempo todo sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os outros profissionais (L'ABBATE, 1994; BUZZ, 2002).

Tendo em vista o marco de referência e os princípios explicitados, Paim e Nunes (1992) referem que um Projeto de Educação Continuada em Saúde Coletiva buscaria alcançar os seguintes objetivos (PAIM; NUNES, 1992):

- Desenvolver experiências pedagógicas no âmbito dos serviços de Saúde que facilitem a reflexão sobre as práticas de Saúde empreendidas e sua reatualização;
- Considerar as mudanças no perfil epidemiológico, na organização dos serviços de Saúde e na consciência sanitária e ecológica dos cidadãos;
- Apoiar o desenvolvimento da qualificação profissional dos egressos dos cursos de pós-graduação em Saúde coletiva, visando à formação de quadros atualizados e solidários ao projeto da Reforma Sanitária;
- Contribuir com a implantação das diretrizes do Sistema Único de Saúde;

- Formular, de modo descentralizado e participativo, objetivos educacionais, planos de estudos e procedimentos de acompanhamento e avaliação, considerando as áreas temáticas básicas do campo da Saúde coletiva (Epidemiologia, Planejamento e Administração de Saúde, Ciências Sociais em Saúde, Educação em Saúde e Medidas de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos);

- Viabiliza a participação de todos os profissionais de Saúde envolvidos na prestação de serviços, em níveis compatíveis com cada atividade, respeitando a característica de cada um;

- Implantar e manter um banco de dados com informações atualizadas sobre egressos dos cursos de pós-graduação em Saúde coletiva, sua trajetória institucional e profissional, bem como sobre o contexto socioeconômico e político em que estão inseridos tais trabalhadores.

A Agenda Educacional do European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), definiu Educação Médica Continuada como “todo e qualquer meio que permita a um médico formado continuar a aprender e a evoluir na prática ao longo da vida” (AGENDA EDUCATIVA EURACT, 2006).

Segundo Nunes (1993), a Educação Continuada caracteriza-se como:

[...] alternativas educativas, mais centradas no desenvolvimento de grupos e de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, ou seja, através de publicações específicas de um determinado campo.

O SUS definiu através da legislação, prerrogativas e responsabilidades no processo de formação dos profissionais de Saúde. Essas responsabilidades cabem às esferas gestoras federal, estadual e municipal.

O debate sobre novas idéias quanto aos rumos da Educação em Saúde no Brasil, iniciado na década de 70, normatizado pela Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e Conferências Nacionais de Saúde, concretizou-se com o conceito de Educação Permanente em Saúde. Este foi adotado para dimensionar a tarefa de criar uma ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as interseções promovidas pela educação na Saúde. O exercício concreto desta meta se fez como política pública, a partir da aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e legitimação na 12ª

Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), do Ministério da Saúde, em 2003 (CECCIM, 2005).

Segundo Rovere (1994) *apud* Pedroso (2005) a Educação Permanente em Saúde é a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços cuja finalidade é melhorar a Saúde da população. Ambas, tem como foco central a necessidade de Educação Permanente tanto para a formação de profissionais quanto para seu aprimoramento em serviço (Faria & Viana, 2002). Visam a reestruturação e desenvolvimentos dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos e sobretudo de transformações de valores e conceitos dos profissionais. Propõem transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino-aprendizagem (MOTA, 199, *apud* PEDROSO, 2005).

Autores como Ceccim (2005), refletem que a Educação Permanente pode corresponder à educação formal, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Para esse autor, a Educação Permanente pode corresponder à Educação Continuada dos profissionais se vislumbrada dentro de um contexto que integre a aliança entre *setor Saúde/ mundo do trabalho/mundo do ensino* .

A Educação Permanente propõe um desenvolvimento profissional contínuo, no qual o processo de aprendizagem é planejado e trabalhado individualmente na prática cotidiana, com destaque para a qualidade dos cuidados prestados (AGENDA EDUCATIVA EURACT, 2006). Parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentido) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Para o sucesso do processo de Educação Permanente em Saúde, torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de

construírem cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (MERHY, 2005; CANDEIAS; MARCONDES, 1979; CECCIM, 2005; CAMPOS; AGUIAR, 2002; PEREIRA, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BARRETO *et al.*, 2006; FARIA; VIANA, 2002; PEREIRA, 2003).

Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores, gestores de ações, serviços, sistemas e controle social em Saúde. Esta ação permitirá a construção de um Sistema Único de Saúde que funcione verdadeiramente como uma rede-escola, na qual ensino-assistência são integrados (L'ABBATE, 1994; PAIM; NUNES, 1992; CECCIM, 2005; BARRETO *et al.*, 2006; GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; FARIA; VIANA, 2002; BARRETO *et al.*, 2006).

Uma atitude complexa da política de “Educação Permanente” segundo Ceccim (2005) foi optar pela interrupção da compra de serviços educacionais das instituições de ensino para implementar pacotes de cursos. Outra atitude foi a interrupção dos treinamentos aplicados de forma pontual. Questionou-se a contratação de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões. Essas atitudes se pretenderam coerentes com a opção de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica, uma vez que a manutenção da noção de centros de excelência serve mais à centralização e à concentração dessas capacidades (CECCIM, 2005; FONSECA; SEIXAS, 2002; BARRETO *et al.*, 2006).

Outras estratégias para sucesso da Educação Permanente em Saúde são medidas que visem à fixação das equipes em seus municípios; recursos de contrapartida dos estados e municípios para a consolidação da estratégia da Saúde da Família; a criação de políticas de recursos humanos que promovam a valorização social dos profissionais que trabalham na área da Saúde pública, com destaque para aqueles que compõem as equipes de Saúde da Família. (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002).

Visando a operacionalização dessa estratégia, articulações interinstitucionais e locorregionais foram propostas pela portaria n.º 98, de 13 de fevereiro de 2004, do Ministério da Saúde, como Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses são entendidos enquanto estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais da Saúde da Família na abordagem da atenção integral. Esses foram concebidos de forma a promover ações que contemplem suas três vertentes:

Capacitação, a Formação e a Educação Permanente (CECCIM, 2005; GIL, CERVEIRA; TORRES, 2002; FARIA; VIANA, 2002; COTTA *et al.*, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2005; PEDROSO, 2005).⁴

A Educação Permanente relaciona-se a ideologia de uma educação libertadora. Leva à reflexões sobre a importância de se pensar em novas formas de Educação em Saúde que construam novas formas de abordar o processo Saúde-doença, a partir de uma perspectiva biopsicossocial. (BIZZO, 2002; CARVALHO; CECCIM, 2006; L'ABBATE, 1994; BARRETO *et al.*, 2006).

Os processos de formação em Saúde devem levar os diferentes atores que atuam no setor da Saúde a questionarem, através de uma prática reflexiva, sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema de Saúde (CAMPOS, 2000; BARRETO *et al.*, 2006). Esses processos devem fazer parte de uma grande estratégia construída considerando a questão Saúde como qualidade de vida, cuja construção requer uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional (PAIM, 2003; BARRETO *et al.*, 2006).

A Educação Permanente em Saúde é uma das estratégias que possibilita construir um novo estilo de gestão em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente (BRASIL, 2005, p.117; BARRETO *et al.*, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diversos autores referem a distinção conceitual entre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), enquanto a Educação Continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a Educação Permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática (CECCIM; FEUEWRERKER, 2004).

Do meu ponto de vista, baseado em reflexões de autores como Nunes e Paim (1992) e na definição de Educação Continuada da EURACT, anteriormente explicitadas, a política de Educação Permanente, materializa o arcabouço teórico da Educação Continuada em Saúde, desde que incorporem a práxis e tenham como

4 A estratégias dos Pólos de Educação Permanente não foram efetivamente viabilizadas na prática

objetivo a transformação do processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade dos serviços e para a equipe no cuidado e no acesso aos serviços de Saúde.

1.2.6. O sistema de Saúde-Escola de Fortaleza/CE

Uma das estratégias para qualificação dos profissionais são os Cursos de Especialização em Saúde da Família. No Ceará, por meio da Escola de Saúde Pública, no período de 1996 a 2002, foram formados em cursos de especialização em Saúde da Família 217 médicos e 336 enfermeiros. A Universidade Estadual do Ceará - UECE também ofereceu cursos de Especialização em Saúde da Família preparando, em média, 480 profissionais, na sua maioria enfermeiros. Quanto à Universidade Federal do Ceará – UFC, vários cursos de Especialização em Saúde da Família também foram ofertados (CASTRO, 2007). O curso de Especialização em Saúde da Família do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza finalizou uma turma de 250 alunos no início de 2009.

O município de Fortaleza (CE), tendo como idéia-força a criação de uma estratégia de Educação Permanente em parceria com as instituições de ensino, organizações não governamentais, e movimentos populares adotou o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) como carro chefe do Sistema Municipal de Saúde. Esse Sistema Municipal de Saúde Escola visa transformar toda a rede de serviços de Saúde existentes no município em espaços de educação contextualizada, desenvolvimento profissional e produção de ciência e tecnologia adequadas a cada região. (BARRETO *et al.*, 2006)

A dimensão pedagógica desse Sistema Municipal de Saúde Escola questiona o modelo centrado no cenário hospitalar e incorpora o conceito de “tenda invertida”, no qual o “mestre” vai à tenda do aprendiz. Ou seja, o preceptor vai à Unidade de Saúde da Família e ao seu território de abrangência auxiliar o aprendiz a refletir sobre suas práticas. (ANDRADE, 1994 *apud* BARRETO *et al.*, 2006).

Outra estratégia para qualificação dos profissionais de nível superior inseridos no SUS é o tipo de especialização *lato sensu* que acontecem mediante o treinamento em serviço. Dentre as várias modalidades de especializações deste tipo, as chamadas Residências Médicas e Multiprofissionais (ambas regulamentadas

por lei), possuem características distintivas: grande carga horária e existência de um corpo de preceptoria especializado (MIRANDA, 2005 *apud* BARRETO *et al.*, 2006).

1.3 Contexto normativo

1.3.1 As competências dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

A competência pode ser definida como a capacidade do profissional executar com sucesso uma série de tarefas individuais observáveis no seu trabalho real. (WONCA, 2002).

Segundo Silva e Sena (2008), ser competente é reordenar a relação trabalho-educação centrada na práxis, potencializando as ações em Saúde com o reconhecimento das subjetividades e das questões éticas (SILVA; SENA, 2008).

Segundo Miller (1997) *apud* WONCA (2002) os níveis "*saber*", "*saber como fazer*" (capacidade de aplicar o conhecimento) e "*mostrar como fazer*" (capacidade de demonstrar aptidões) estão relacionados com este conceito de competência (WONCA, 2002).

A *performance* pode ser definida como aquilo que o profissional de Saúde faz ao prestar cuidados e ao comunicar com os pacientes na sua prática diária - tem a ver com o nível "*fazer*" e está altamente dependente das condições e requisitos do sistema de Saúde em vigor, bem como das oportunidades financeiras, estruturais, de prática clínica e de apoio (WONCA, 2002).

1.3.2 A Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde

A Política Nacional para a Atenção Básica (PNAB) foi normatizada através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Essa estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa norma

descreve as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, Saúde bucal e ACS. Ressalta que as atribuições globais descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local (BRASIL, 2006).

Segundo a PNAB fazem parte do processo de trabalho da Saúde da Família⁵, sendo atribuições de todos os integrantes das equipes de Saúde (BRASIL, 2006):

I - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise de situação de Saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas do território;

II - Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento de área adstrita, que compreenda o seguimento populacional determinado, com atualização contínua;

III – Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à Saúde, priorizando solução dos problemas de Saúde mais frequentes;

IV - Realizar o cuidado em Saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

V – Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de Saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

VI – Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da Saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII – Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

5 A Portaria nº 648/GM não estabelece competências e atribuições específicas para cada categoria profissional e sim para as equipes de Saúde da Família

VIII – Realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento de vínculo;

IX – Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de Saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

X – Trabalho interdisciplinar em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XI – Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da Saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

XII – Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

XIII – Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;

XIV – Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho;

XV – Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XVI – Participar das atividades de Educação Permanente.

1.3.3. As competências estabelecidas para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

A Medicina de Família (Medicina Geral e Familiar), como uma especialidade médica, inicia-se na década de 1960 nos Estados Unidos, a partir do esforço

corporativo para a formação de generalistas como contraponto a uma super-especialização aludida na época⁶.

Também nos EUA, ocorria de forma concomitante o movimento ideológico da Medicina Comunitária. Discussões sobre direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza humana e o racismo fomentaram intensa mobilização popular e intelectual. No campo da Saúde, com o objetivo maior de reduzir tensões sociais, surge a Medicina Comunitária, baseada na implantação de centros comunitários de Saúde. Estes, em geral, administrados por organizações não lucrativas, porém, subsidiados para pelo governo federal (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

No Brasil esta especialidade surge na década de 1970, então denominada como Medicina Geral e Comunitária (MGC). Neste período surgem os primeiros programas de Residência desta especialidade médica em Porto Alegre-RS (Centro de Saúde Escola Murialdo), no Rio de Janeiro (Serviço de Medicina integrada da UERJ) e em Vitória do Santa Antão (PE) (Projeto Vitória, extinto em 1986).

Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica⁷ (CNRM) cria e regulamenta a especialização e os programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária, que mais tarde seriam denominados de “Medicina de Família e Comunidade”.

Segundo a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) e Carta de Fortaleza⁸ (BESSA *et al.*, 2001), a Medicina de Família e Comunidade (Medicina Geral Familiar) é uma disciplina acadêmica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, de investigação, com base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários incluindo cuidados abrangentes aos indivíduos, famílias e comunidades (WONCA, 2002; BESSA *et al.*, 2001).

6 Embora desde o fim da Segunda Guerra Mundial, já se havia implantado na Inglaterra uma estratégia institucional para a reorganização do Sistema Nacional de Saúde com ênfase no trabalho de médicos generalistas.

7 A CNRM pertence ao âmbito do Ministério da Educação, sendo que desde 1977, a criação e regulamentação de todos os programas de residência médica do país são estabelecidos por essa instância.

8 Documento originado das reflexões e discussões realizadas no Seminário Internacional sobre Saúde da Família em Fortaleza, abril de 2001.

Os Médicos de Família e Comunidade (MFC) são especialistas treinados nos princípios desta disciplina. São médicos responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes.

Os Médicos de Família (MFC) devem ter responsabilidade profissional para com sua comunidade. Ao negociarem planos de ação com os seus pacientes, devem integrar fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contatos repetidos. Devem exercer o seu papel profissional promovendo a Saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante com as necessidades de Saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida.

A Política Nacional de Atenção Básica refere às atribuições definidas para os Médicos de Família e Comunidade atuarem na ESF (BRASIL, 2006):

1. “Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade”;
2. “Realizar consultas clínicas e procedimentos na unidade de Saúde da Família e, quando necessário, no domicílio e/ou demais espaços comunitários”;
3. “Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnóstico”;
4. “Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência”;

5. “Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar⁹, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário”;
6. “Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD”;
7. “Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF”.

A definição da disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) estabelece as competências nucleares¹⁰ do Médico de Família (Anexos - Tabela 1).

A relação de competências nucleares, áreas de implementação e aspectos fundamentais, caracteriza a disciplina e sublinha a complexidade da especialidade. É esta complexa correlação entre as competências nucleares que deverá orientar e vice versa o agendamento de prioridades para o ensino, investigação e melhoria de qualidade (WONCA, 2002).

A MFC é uma disciplina centrada na pessoa. Segundo documento da WONCA (2002) existem três aspectos essenciais para uma disciplina científica centrada na pessoa (Anexos - Tabela 2).

O colegiado de coordenação e o corpo de preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Sistema Municipal de Saúde Escola do Município de Fortaleza/CE (SMSEF) elaboraram em 2006, documento explicitando as competências necessárias para um MFC após concluírem a pós-graduação *strito sensu* na modalidade residência em Medicina de Família e Comunidade (Quadro 1 a 8).

Estas definições do papel do Médico de Família colocam as características da disciplina descritas acima no contexto da prática clínica.

9 A Lei 10.424/02 acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080/90 regulamentando a assistência domiciliar no SUS. O Conselho Federal de Medicina editou a resolução CFM nº 1.668/2003 sobre o assunto

10 Competências nucleares são aquelas essenciais para disciplina independentemente do sistema de Saúde em que sejam aplicadas.

Alguns dos elementos desta definição não são exclusivos destes últimos, sendo aplicáveis em geral à profissão médica como um todo.

A especialidade de Medicina Geral e Familiar é, no entanto, a única que consegue implementar simultaneamente todos esses aspectos (WONCA, 2002).

1.2.6.4. Competências dos enfermeiros na ESF

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN) foram aprovadas pelo Ministério da Educação em 2001, estabelecendo as competências e habilidades a serem desenvolvidas no processo de formação do enfermeiro.

A implantação das DCN tem sido assumida como estratégia potente para redirecionar a formação dos profissionais de Enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de uma nova referência para a educação de Enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de Saúde da população (SILVA; SENA, 2008; FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

As Diretrizes Curriculares expressam uma orientação geral, algumas vezes genérica, justamente porque não pretendem ser a expressão de um Currículo Nacional.

As orientações das Diretrizes devem estimular as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos, mas não definem um caminho único (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Segundo a DCN (2001) a formação do enfermeiro tem como objetivo dotar o profissional com conhecimentos para o exercício de competências e habilidades gerais explicitadas no quadro 9.

Segundo a DCN, os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo Saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I- Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo Saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II- Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo Saúde-doença;

III -Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:

1. Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
2. Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo Saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
3. Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de Enfermagem e da assistência de Enfermagem; e
4. Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

A Política Nacional de Atenção Básica também estabeleceu as atribuições específicas dos enfermeiros para atuarem na ESF (BRASIL, 2006) (Quadro 10).

1.3.5 Competência dos cirurgiões dentistas na ESF

Segundo Morita e Kriger (2003), embora tenham ocorrido movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas da Saúde, principalmente na Medicina e na Enfermagem, em relação à Odontologia, existe um atraso histórico destes movimentos de mudança. Segundo esses autores será exigido um esforço redobrado para que a integração da Saúde bucal dentro do novo contexto de ação interdisciplinar e multiprofissional, formando um profissional com perfil adequado (MORITA; KRIGER, 2003).

No estágio atual, embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais da Odontologia, principalmente com a inserção da Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, este fato ainda não tem sido suficiente para produzir o impacto esperado sobre o ensino de graduação (MORITA; KRIGER, 2003).

Esforços para a integração da Saúde bucal dentro do contexto do SUS estão presentes nas Diretrizes Curriculares de Odontologia e na Política Nacional da Atenção Básica.

Nas DCN de Odontologia de fevereiro de 2002 se destaca:

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de Saúde vigente no país, a atenção integral da Saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. (Resolução CES/CNE nº 03 - DCN/Odontologia).

Analisando as DCN para odontologia destaquei para reflexão, algumas competências e habilidades que certamente necessitarão de uma nova abordagem das escolas de Odontologia. No artigo 4º, o cirurgião-dentista deve ser capaz de:

- pensar criticamente;
- tomar decisões;
- ser líder;
- atuar em equipes multiprofissionais;

- planejar estrategicamente para contínuas mudanças;
- administrar e gerenciar serviços de Saúde;
- aprender permanentemente.

No artigo 5º, o cirurgião-dentista deve ser capaz de: “[...] atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da Saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética”. (DCN, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica define as atribuições específicas dos cirurgiões dentistas na ESF (BRASIL, 2006) (Quadro 15).

1.4 Revisão de estudos empíricos referentes à problemática em questão.

Poucos trabalhos empíricos têm evidenciado as necessidades sentidas ou percebidas pelos profissionais envolvidos em processos de trabalho na ABS, ou mais especificamente na ESF.

Para analisar a compreensão sobre o título de especialista em Medicina e da perspectiva das Sociedades de Especialistas, Seixas (1999) realizou um estudo sobre Sociedades de Especialistas em Medicina no Brasil, parte integrante do estudo sobre especialização médica na América Latina e Caribe, (de iniciativa do Ministério da Saúde, através da Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS). A partir dos resultados, o autor conclui que existem grandes disparidades entre as diversas Sociedades de Especialidades, no que se refere à regulação do processo de formação de especialistas. Ele afirma que a titulação e as necessidades em Educação em Saúde, por essas Sociedades de Especialista, têm um significado ainda mais forte em termos de simbolismo, do reconhecimento entre os pares, do que um mecanismo efetivo de controle de qualidade na prática profissional, bem como de regulador para o controle de acesso ao mercado (Seixas, 1999). Nessa perspectiva, o processo de Educação em Saúde estaria imbricado no contexto de interesses e relações sociais.

Outros autores, como Bevilacqua e Sampaio (2002) realizaram estudo analisando a oportunidade de ingresso na residência médica em cada região geográfica do país baseando-se no número de formados e vagas ocupadas por grupos de especialidades. Na região Nordeste, em 2001, formaram 1362 médicos. Havia disponíveis 719 vagas para residência médica. Dentre os médicos recém-formados, 536 ocuparam as áreas básicas de ginecologia, pediatria, clínica médica, cirurgia geral, Medicina geral e comunitária e preventiva e social; 79 especialidades cirúrgicas, 40 especialidades clínicas e 64 métodos e técnicas diagnósticos. Neste estudo não foram analisadas as necessidades educacionais percebidas por esses profissionais. Porém, concluiu-se que do prisma da formação médica, um dos problemas enfrentados, é o da dificuldade de definir o perfil do profissional ao término da graduação. Neste mesmo estudo, os autores concluem que a lógica de expansão de programas de residência médica, por parte da CNRM, parece não ter considerado a necessidade- ou não- para o mercado profissional a ser formado, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

Estudo realizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (1999), *apud* Bevilacqua e Sampaio (2002), mostra que o aumento constante do número de especialidades e de especialistas, bem como de centros de formação, além de ter contribuído para elevação dos custos da atenção médica, tem suscitado preocupações como:

[...] na esfera do trabalho, a expansão da oferta de médicos não é freada pelo desemprego ou subemprego dos mesmos. A evidência empírica desse processo é o crescimento permanente de áreas, programas e egressos no nível de especialização. Chama a atenção o fato de que a maioria dos egressos dos cursos de especialização é oriunda das chamadas especialidades generalistas.¹¹

Em outro estudo, realizado por Faria e Viana (2001), tanto os médicos (98%) como os enfermeiros (99%) se mostram favoráveis ao processo de treinamento em serviço, alegando que a prática propicia aprendizado diário e constante. Esses resultados confirmam outros achados da literatura, onde se demonstra que a Educação Permanente em serviço propicia o aprimoramento de conhecimentos

11 O Decreto n.80.281, de 1977, criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Esse mesmo decreto estabeleceu que os programas de residência médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventivo e Social. A resolução n.07/81 acrescentou a essa lista o Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária.

teóricos e permite o aprendizado com a comunidade e com a vivência de novas situações (FARIA; VIANA, 2002).

Em 2002, o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da UNICAMP realizou estudo que mostrou a necessidade de agilizar o processo de capacitação das equipes, tendo em vista a demanda reprimida para os cursos introdutórios e demais cursos na área da Atenção Básica. Nesse estudo foram ouvidas as necessidades percebidas pelos integrantes dos Pólos de Educação Permanente, pelos gestores e pelas equipes. (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002).

Em estudo qualitativo utilizando a técnica de entrevistas em profundidade, L'Abbate (1994), constatou que é possível dividir a demanda dos profissionais pela área da Educação em Saúde em duas direções: a primeira, voltada para a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas, e a segunda, para o desenvolvimento do papel profissional. A busca da capacitação em técnicas didático-pedagógicas, segundo L'Abbate, aparece na fala dos profissionais como necessidade de aprender a trabalhar em grupo e/ou melhorar o seu contato com o usuário nos atendimentos mais individualizados. Significa geralmente para o profissional a possibilidade de apropriar-se de técnicas em trabalho de grupo e de Educação em Saúde (L'ABBATE, 1994).

O estudo Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil (2000), interpretado por Souza & Sampaio (2002), demonstra a incorporação de algumas práticas importantes no dia-dia das equipes. Reuniões de equipe são realizadas por 80% dos profissionais, reuniões com a comunidade por 50% dos mesmos e 76% dos enfermeiros e 63% dos médicos relataram realizar atividade educativa em grupo como parte de seu trabalho (Souza & Sampaio, 2002). Neste estudo, porém, não foram analisadas a qualidade dessas atividades e as necessidades percebidas pelos profissionais de Saúde em relação às dificuldades teórico-práticas encontradas. Em relação às capacitações das equipes, os programas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, Hanseníase e Tuberculose apresentam-se como problemas, pois menos de 30% das equipes relataram ter tido habilitação para atuar.

Faria e Viana (2002), realizaram um estudo de caso que contemplou por um lado à capacitação ofertada por doze Pólos de Educação Permanente em 10

estados brasileiros, e por outro lado, as capacitações demandadas pelas Equipes de Saúde da Família atuantes em 56 municípios, localizados em quatro grandes regiões do país. As equipes estudadas estavam completas, exceto no caso dos odontólogos, cujo processo de incorporação nas ESF era ainda recente. Os conteúdos relatados com maior frequência por médicos e enfermeiros como capacitações que gostariam de receber foram: educação sexual do adolescente 42% e 55%; vigilância sanitária 40% e 46%; Saúde do idoso 45% e 54%; Saúde do adolescente em geral 50% e 57%; internação domiciliar 52% e 69%; Saúde do trabalhador 48% e 57%; Saúde bucal em geral 46% e 52%; análise de situação de Saúde 40% e 50%; abordagem da comunidade e da família 47% e 46%; planejamento e programação local em Saúde 48% e 53%; operação do SIAB 45% e 45%; sistemas de informação 47% e 50%, dos médicos e enfermeiros respectivamente (FARIA; VIANA, 2002).

Conhecer o perfil dos profissionais que atuam na Atenção Básica permite a adoção de medidas em prol de sua qualificação. Cotta *et al.* (2006) realizaram estudo quali-quantitativo no município de Teixeiras/MG. O objetivo era caracterizar o perfil dos profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família do município. Quanto à realização de algum tipo de especialização, residência ou pós-graduação, 75% dos médicos tinham alguma especialização e 50% haviam realizado residência. Quanto à formação dos enfermeiros, 33,3% possuíam especialização em Administração em Serviço de Saúde, 33,3% cursavam especialização em Nutrição e Saúde na área de concentração de Saúde Pública e 33,3% possuíam o título de Técnico em Segurança do Trabalho. Médicos e enfermeiros não receberam qualquer tipo de treinamento ou capacitação para atuarem na ESF

Alguns autores evidenciaram histórias sobre vivências no cotidiano acadêmico que marcaram de modo positivo ou negativo, a formação de estudantes e ex-estudantes de diversas áreas da Saúde. Necessidades educacionais como tanatologia, educação popular, relação médico-paciente, humanização, clínica ampliada foram encontradas nas narrativas desses sujeitos (VASCONCELOS; FROTA; SIMON, 2006).

Outros autores, como Ricaldoni e Sena (2006), realizaram estudo objetivando analisar as ações de Educação em Saúde na qualidade da atenção em nível

hospitalar. Os resultados deste estudo evidenciaram que as ações educativas não estavam articuladas ao processo de trabalho e refletiram sobre a necessidade da problematização como método de ensino-aprendizagem.

Estudo desenvolvido por grupo de pesquisadores da SESA/Ceará e da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em parceria com o Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Ceará, durante o ano de 2005, objetivou elaborar um diagnóstico da situação dos recursos humanos do SUS/Ceará. Este estudo, realizado na Macrorregião do Cariri – Ceará, contemplou aspectos relativos ao nível de atenção, área de atuação, nível de especialização e situação empregatícia de 2162 trabalhadores, sendo 1031 de nível superior e 1131 de nível técnico. O maior contingente dos trabalhadores de nível superior pesquisados era formado por enfermeiros (322), médicos (308), dentistas (155), representando 31,1%, 29,8% e 15%, respectivamente. A formação desses trabalhadores, na sua maioria ocorreu em instituições públicas (67,5%). Este dado demonstrou que, as instituições públicas são mais procuradas para formação de profissionais de saúde.

Dos 1.031 profissionais de Saúde de nível superior, 54,6% possuíam especialização e 1,6% possuíam a certificação de Mestrado. Observou-se no estudo que mais de 50% dos profissionais, segundo categoria, eram especialistas. Destes 565 profissionais, 85,5% eram especialistas da área de assistência à Saúde e 14,5% na área da gestão. Da área da assistência, 25,3% em Saúde pública e 28,1% em Saúde da Família. Dos 308 médicos entrevistados, 30,8% possuem residência médica 52,6% realizaram curso de especialização. Desses 64,2% eram de especialidades básicas, 33,7% da atenção especializada e 2,1% da área de gestão. Nesta pesquisa, dos 2162 trabalhadores entrevistados, 66 tinham atuação na área de ensino. (ALMEIDA *et al.*, 2006).

O Programa de Educação Permanente (PEP) para os profissionais da ESF, do município de Januária/MG, baseado na implementação da Gestão por Resultados, gerou relatos positivos por parte dos gestores e dos profissionais. No relatório, os fatores que influenciaram positivamente na melhoria dos indicadores e permanência dos profissionais da Atenção Básica/ESF no município foram as boas condições de trabalho, a remuneração regulada pelo mercado, a desprecarização do vínculo empregatício e a capacitação permanente (BRASIL, 2007).

Outros autores, Santos *et al.* (2006), realizaram investigação das trajetórias e particularidades do exercício da profissão de médico no Estado do Ceará. A partir deste estudo concluíram que o profissional médico está em plena transformação de perfil, já que a tecnificação da Medicina esta cada vez mais presente e os médicos tendem a depender das novas tecnologias, implicando, por conseguinte em mudanças no agir médico e novas demandas educacionais em Saúde (SANTOS *et al.*, 2006).

Em outro estudo, Campos (2007), a partir do uso da técnica de entrevistas, analisou as necessidades cognitivas de profissionais inseridos na ESF. O autor constatou que os profissionais estudados se identificavam como agentes de mudanças. Concluiu, porém, que a cultura institucional dos serviços, a experiência acumulada em unidades organizadas de forma tradicional, associada a processo incipientes de Educação Permanente, dificultam a apreensão de novas práticas potencializadoras de um processo de trabalho que conjugue o desenvolvimento compartilhado de projetos terapêuticos integrais, assim como de mecanismos gerenciais ordenados sob o enfoque do planejamento estratégico-situacional

O estudo *Movimento de Mudança na educação de Enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na Saúde*, publicado por Silva e Sena (2008), anunciou como objetivo a análise sobre a tensão existente nas Escolas de Enfermagem entre projetos hegemônicos que determinam a organização curricular centrada no conhecimento e na transmissão e um movimento contra-hegemônico representado pelas proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, aportado na dialética como referencial teórico-filosófico. O cenário do estudo foi a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Este estudo propôs-se a compreender a orientação da formação do enfermeiro para a integralidade da atenção à Saúde, entendendo a abordagem da integralidade como referencial político-pedagógico na formação e como premissa para um novo modo de ensinar, aprender e cuidar em Saúde. Os principais resultados do estudo foram: a constatação da *integralidade* como princípio norteador da ESF; a compreensão da integralidade como princípio na assistência às demandas e necessidades de Saúde da população, sendo essa a finalidade do trabalho em Saúde, à integralidade como compreensão das *necessidades físicas, biológicas, sociais, espirituais, emocionais do ser cuidado* e a exigência de se

reorganizar o modelo de atenção à Saúde para responder a essas necessidades; a integralidade do cuidado, sustentada em tecnologias leves; a integralidade do cuidado na perspectiva da organização dos serviços de Saúde com a articulação das ações de promoção, prevenção e cura; dicotomia entre Saúde Pública e Atenção Hospitalar como uma condição que marca a fragmentação da atenção à Saúde; dificuldade dos profissionais de Saúde em lidar com sofrimentos; dificuldade de mudança nas práticas e na reorganização dos serviços; dificuldades para o trabalho em equipe, revelando que as ações são centradas no ato de um profissional que orienta as decisões sobre a doença.

Experiências internacionais no processo de Educação Continuada dos médicos de família, isoladamente e em conjunto com outros profissionais da Saúde, incorporaram a análise das necessidades educacionais desses profissionais. Exemplo disso ocorre na experiência da Grã-Bretanha e Canadá. Diferente do que ocorre no Brasil, nesses países a educação médica continuada é uma obrigação, entendida como uma cultura de aprendizagem que deve levar em conta as necessidades dos profissionais, do sistema de Saúde e da comunidade (ATUN, 2001; ROSS, 2001).

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo geral

Analisar as percepções de profissionais de nível superior que atuam em serviços da Estratégia de Saúde da Família sobre as suas necessidades educacionais.

1.6.2 Objetivos específicos

- Descrever e analisar as necessidades de Educação em Saúde percebidas pelos profissionais de nível superior que atuam em equipes de Saúde da Família de Fortaleza (CE);

- Analisar comparativamente tais percepções de necessidades educacionais referidas pelos profissionais com os perfis de demandas e ofertas governamentais;
- Analisar comparativamente as referidas percepções em razão dos perfis de necessidades definidos normativamente para a Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica à Saúde) e Estratégia de Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem predominantemente qualitativa sobre os discursos práticos¹² de profissionais de Saúde, a partir de Grupos Focais e entrevistas individuais em profundidade, com o escopo de análise baseado no método de Análise de Conteúdo, do tipo Categorical e Temática (BARDIN, 1979).

Optei pela abordagem qualitativa devido à natureza subjetiva do objeto a ser estudado: as necessidades educacionais percebidas pelos profissionais de Saúde.

A população selecionada para o estudo foi composta por profissionais de nível superior concursados que atuam no Programa Saúde da Família (PSF) no município de Fortaleza (CE).

A partir da população, defini uma amostra intencional considerando os seguintes critérios de inclusão:

- Profissionais concursados¹³;
- Consentimento prévio e voluntário;
- Garantia de participação de profissionais de vários serviços de PSF das seis divisões de administração regional do município;
- Garantia de participação das categorias profissionais de médicos, enfermeiros e dentistas.
- Garantia de participação de ambos os sexos, idades, ano de conclusão do curso de graduação, instituição que realizou a graduação e tempo de experiência na ESF diversos.

Foi realizado preliminarmente um estudo-piloto, a partir da aplicação de um questionário semi-estruturado para uma amostra da referida população do estudo. A

12 Segundo Habermas, são os discursos que buscam comprovar *proferimentos regulativos*, em razão de aplicabilidade no mundo real, nas relações cotidianas. O *discurso prático* conduz a uma validação consensual, a um compartilhamento da norma problematizada, produzindo então uma *norma consensuada e legitimada*.

13 Profissionais concursados pelo concurso público estadual para a ESF e/ou para o PRMFC do SMSEF

análise de dados e informações deste questionário serviu como subsídio para elaboração de roteiros para os grupos focais e entrevistas individuais.

A técnica proposta para a coleta de dados foi a de Grupos Focais, pois, segundo Morgan e Krueger *apud* Gatti (2005), a pesquisa com grupos focais tem por objetivo, captar, a partir de trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos.

O grupo focal permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e de categorias para análise (GATTI, 2005). Outro ponto fundamental para a escolha da técnica do grupo focal foi a particular importância da interação entre os participantes da pesquisa, considerada como característica distintiva entre o grupo focal, em relação à entrevista e ao questionário (GATTI, 2005). Kitzinger (1994), *apud* Gatti (2005) refere que o interesse da pesquisa utilizando o grupo focal não é somente no que as pessoas pensam, mas como pensam e por que pensam assim (KITZINGER, 1994 *apud* GATTI, 2005).

A composição dos grupos contemplou, em um primeiro momento, a combinação homogeneidade intra-grupo e heterogeneidade entre os grupos, segundo o critério categoria profissional.

Foram realizados cinco grupos focais, com a participação dos seguintes profissionais concursados:

1. Com oito Enfermeiras que trabalhavam nas Regionais I, II, III e IV do município de Fortaleza (Enfermeiros das Regionais V e VI não compareceram);
2. Com nove Odontólogos trabalhavam nas Regionais I, II, III e IV do município de Fortaleza (Odontólogos das Regionais V e VI também não compareceram);
3. Com quinze Médicos Residentes (10 Médicos e 5 Médicas), que estavam cursando o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) em todas as Regionais do município de Fortaleza;

4. Com sete Médicos (4 Médicos e 3 Médicas), de todas as Regionais do município de Fortaleza;
5. Um grupo incluindo e mesclando profissionais das categorias anteriores.

Como complemento, ainda foram realizadas 18 entrevistas versando sobre a mesma temática, gravadas e transcritas posteriormente. Para as entrevistas foram utilizados critérios de inclusão semelhantes aos dos Grupos Focais (Tabela 2).

Tabela 1 – Categorias e profissionais entrevistados

Entrevistados	Nº
Médicos	4
Médicos Residentes	2
Odontólogos	6
Enfermeiros	6

Critérios de exaustividade, representatividade e recorrência de conteúdos temáticos oriundos dos discursos práticos definiram os limites da coleta de informações.

As sessões de Grupos Focais e entrevistas individuais foram gravadas e transcritas literalmente, gerando o material de análise.

De acordo com o método proposto, o processamento do material obtido foi realizado em três momentos:

- Pré-análise: definição prévia de algumas categorias, leitura flutuante de todo o material. A edição dos textos se dará a partir da classificação de enunciados intactos (sintagmas analíticos) por equivalência com conteúdos temáticos surgidos no decorrer da leitura;
- Exploração e seleção dos temas discursivos: constituição do corpus de leitura a partir de critérios de exaustividade, homogeneidade, pertinência e recorrência.
- Identificação de unidades de significado e de contexto: unidades textuais de palavras, linhas e parágrafos oriundas dos documentos e discursos selecionados e com significação em relação aos conteúdos temáticos em evidência. Ressalto que segundo Bardin (1979), a unidade de registro pode ser de natureza e dimensões muito variáveis.

Conforme definido anteriormente, o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1979), foi utilizado para evidenciar unidades de significado e conteúdos temáticos, sobre as necessidades educacionais em eixos que emergiram do material empírico.

Na última etapa da análise, fez-se a análise das categorias e sub-categorias temáticas, estabelecendo diálogos com os autores consultados e a experiência e conhecimento da pesquisadora, num movimento dialético.

Os resultados do estudo, após a submissão ao julgamento da Banca de defesa, deverão ser divulgados para o corpo docente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), colegas do curso, participantes do estudo, gestores governamentais de Saúde, profissionais da ESF em Fortaleza. O estudo também deverá ser divulgado por meio da publicação de um artigo em periódico científico de circulação nacional.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e obteve aprovação. Foram observadas e obedecidas todas as regras estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003) e pela Declaração de Helsinque, que estabelecem normas para os procedimentos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes de Grupos Focais e entrevistados foram previamente informados sobre os objetivos do estudo, ocasião em que lhes foi assegurado o anonimato e a possibilidade de desistência. Todos assinaram um termo de livre consentimento antes de participar de quaisquer momentos do estudo.

3 APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Identifiquei 6 temas centrais que conduziram à formulação de 30 categorias temáticas, que emergiram do material (Organograma 3, 4 e 5), a partir das histórias sobre trajetórias no setor Saúde, desde a graduação até o momento atual de atuação como profissional concursado na ESF, assim como, reflexões sobre necessidades de Educação em Saúde.

Os enfermeiros que participaram do grupo focal foram representadas por E1 a E8; os odontólogos por D1 a D9, os médicos residentes de R1 a R15 e os médicos não residentes de M1 a M7.

Após a realização dos grupos focais os profissionais relataram ter se sentido à vontade, sendo este aspecto reflexivo da escuta uma dos pontos positivos dos grupos focais:

“Nossa, quando recebi o convite não entendi. Mas poderemos falar sobre o tema nós faz refletir sobre ele [...]” (E2)

“Tivemos a oportunidade de falar sobre nossas necessidades e angústias. As coisas fluíram sem que agente percebesse.” (D3)

Ressalvo que as definições normativas referentes a competências dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas inseridos na ESF foram citadas na introdução deste estudo.



Esquema 1 – Temas centrais identificados no estudo

Esquemas 2 e 3 - Principais categorias temáticas identificadas

3.1 Representações sobre as necessidades percebidas:

O principal foco da análise realizada nessa dissertação esteve orientado para a análise das necessidades educacionais percebidas pelos profissionais que atuam nas equipes do Programa Saúde da Família do município de Fortaleza/CE:

“[...] Refletir sobre problemas faz com que eu sinta necessidade de aprender este ou aquele tema!” (E3)

Um conceito encontrado na literatura e discutido anteriormente é o de “necessidades cognitivas”. Segundo Miranda (1998), um contexto de crise, de caos tende a levar as pessoas a uma busca, a uma inquietação, a uma indagação, que incidem na produção do conhecimento (MIRANDA, 1998).

Observei a manifestação de *necessidades cognitivas*:

“No início não entendi a necessidade do dentista na visita domiciliar, fiquei confuso [...] agora já consigo entender [...] a falta de consultórios, o acesso difícil [...]”.(E3)

“Percebi a necessidade de aprender a trabalhar com grupos. Quando fui conduzir um grupo vi que não tinha competência para isso! Começou com os adolescentes... Eles não iam até o posto.”(E4)

“Trabalhar em uma favela é pesado. Tive necessidade de rever tudo que sabia para seguir adiante.”(D4)

“No início tudo era novidade, tudo parecia muito nebuloso. A comunidade, a miséria, a falta de recursos, de educação de tudo [...] tive necessidade de aprender tudo de novo.”(D2)

Alguns discursos revelam a identificação de interesses dos profissionais.

“Minha principal necessidade seria um curso do AIDPI, pois, dependendo da época, a demanda de crianças é enorme.”(E4)

“Saúde ambiental é área de meu interesse. O problema do lixo é evidente, além disso, é uma área pouco explorada [...]” (E2)

“Sabe gente, tenho mais tempo de formada. Já trabalhei de diversas formas, mas hoje acredito que para termos interesse em determinada coisa temos que ver sentido naquilo.” (D5).

O desejo refere-se ao inconsciente, e a sua manifestação ocorre independente da existência de projetos e meios racionais considerados necessários à sua realização (CAMPOS, 2000).

O desejo pode ser encontrado em diversos trechos do material discursivo:

“Gosto de pediatria [...] sempre gostei [...] meu desejo é fazer cursos na área da Saúde da criança.” (E5).

“O desejo de aprender surge de cada um, mas as necessidades são geradas da comunidade, dos pacientes.” (M5)

“O que eu gosto mesmo é de ensinar! Fico tão feliz quando vão os internos da faculdade. Isso me dá enorme prazer [...] não sei quando, mas tenho desejo de ensinar.” (E2).

Frustrações e aparente desinteresse dos profissionais quanto às questões e demandas significativas para os serviços, comunidade e “Educação Permanente” surgiram no material discursivo:

“No primeiro dia, o céu caiu na minha cabeça! Não era o que desejava [...]” (D2).

“Existem outros profissionais na unidade, outros especialistas, profissionais de vinte horas que não demonstram interesse em estar participando desse processo de “Educação Permanente”.” (E2)

“Atendo oito horas por dia no Programa Saúde da Família e depois vou fazer o que eu gosto [...] mas o concurso foi uma oportunidade [...]” (Ent 12)

Optei por destacar as necessidades percebidas de Educação em Saúde e as principais competências, habilidades, atitudes e conhecimentos referidos pelos profissionais.

3.2 Representações sobre a “Educação Permanente”

Competências referentes à “Educação Permanente” dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família são definidas normativamente¹⁴:

1. “Participar das atividades de “Educação Permanente”” (PNAB, 2006)
2. “Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente [...]” (DCN, 2001)
3. “Desenvolver e manter uma aprendizagem e uma melhoria de qualidade contínua.” (WONCA, 2002)
4. “Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros.” (WONCA, 2002)
5. “[...] formação generalista, crítica e reflexiva” (Brasil, 2001).
6. “[...] devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros.” (BRASIL, 2001)
7. “[...] aprender a aprender [...]” (DCN, 2001)

Ao analisar material discursivo observei que os profissionais dominam os conceitos e princípios da chamada “Educação Permanente”:

“Agora essa idéia de educação em serviço me deixou muito animado. Mas tem que ser interdisciplinar, não só médica.” (M9);

“Para a partir daquele caso clínico surgirem questionamentos como: e agora como resolvemos essa situação?; O que eu faço? O que a equipe deve fazer?” (R2);

14 As normas que definem as competências necessárias à atuação de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas na ESF são explicitadas nos capítulos 1.2.8, 1.2.9, 1.2.10, 1.2.11.

Referências a “Educação Permanente” parecem ser aludidas a partir de problemas enfrentados na realidade do trabalho dos profissionais e levam em conta os conhecimentos e experiências que os profissionais já possuem:

“A gente tem uma bagagem, uma formação acadêmica, uma experiência adquirida ao longo dos anos de trabalho, mas acredito que temos que ter um aprendizado contínuo [...]” (E5)

“Perceber que não conseguia conduzir um grupo me fez ver que precisava me capacitar [...]” (E3)

Segundo Ribeiro (2003), *metacognição*, diz respeito ao conhecimento do próprio conhecimento, à avaliação, à regulação e à organização dos próprios processos cognitivos. Embora o termo metacognição não tenha sido referido, o conceito de aprender a aprender, refletir sobre o conhecimento (ou falta deste) foi amplamente discutido nos grupos focais:

“Andei pensando sobre o que eu preciso saber para ser um bom médico de família [...] entrei em crise [...] pensei que não sabia nem a metade do que precisava para estar lá no PSF” (R2).

“Acabei me avaliando, avaliando como fui construindo meu conhecimento [...] temos que fazer dos nossos erros, momentos de aprendizagem [...]” (M4).

3.2.1 Representações sobre reflexões sobre a prática

Encontrei recorrentemente reflexões sobre a prática dos profissionais:

“Me chama a atenção que as inquietações que surgem na prática depois da “Educação Permanente” começam a se resolver.”(M4)

“Refletir sobre os problemas do nosso dia a dia e buscar soluções faz parte da rotina do residente em Medicina de família [...]” (R3).

“Percebi no grupo de hipertensos que sabia apenas tratar a hipertensão. Ai pensei [...] para trabalhar com prevenção e promoção tenho que me capacitar[...]” (R2)

Reflexões sobre a necessidade dos conhecimentos, atitudes e habilidades construídos na prática e através de processos formais de educação fazerem sentido (aprendizagem significativa) para a atuação na Estratégia de Saúde da Família foram recorrentes no discurso dos profissionais:

“[...] falta um treinamento mais voltado para nossa prática. Os treinamentos ainda estão muito teóricos, mais voltados para os manuais. Pense em algo mais voltado para nossos problemas da prática, tipo a metodologia do PBL, que a Escola de Saúde Pública utilizava...” (E5).

“O pacote não pode ser pronto. Vir lá de cima e ser jogado para agente. Tem que ser o inverso, ou melhor, tem que fazer sentido para lá, a prática, o cotidiano, as demandas, as angústias dos profissionais.” (E5).

3.3 Representações sobre processos de formação

3.3.1 Representações sobre cursos oferecidos aos profissionais da ESF

Cursos com cargas horárias variáveis são uma maneira usual de formação¹⁵ na área da Saúde. Tais cursos possuem como objetivo oferecer um aporte de conhecimentos teóricos úteis para a atuação dos profissionais.

Segundo o discurso dos profissionais os cursos são muitas vezes necessários:

15 Os processos educativos formais que legitimam socialmente os profissionais de Saúde, incluindo aqueles que atuam no SUS, são considerados processos de formação.

“Eu acho importante que existam estes cursos, pois a Saúde é uma coisa muito dinâmica, agente tem que estar sempre se atualizando [...]”. (E2)

A problemática evidenciada na revisão da literatura e recorrentemente no discurso dos profissionais foi que os cursos pontuais, na maioria das vezes, estão desvinculados da prática, e por isso, não geram uma aprendizagem significativa:

“Não sei se vocês participaram do curso de Farmacologia que teve para todas as regionais? A pessoa que deu o curso para nós era uma pessoa muito capacitada, sabe muito, muito, muito [...] mas para nossa prática do dia-dia a mim não acrescentou nada.” (E3).

“Fazer mil cursos sem refletir na prática não adianta muito [...] gera é confusão [...]” (D1).

Críticas aos cursos que foram ofertados sem considerar as necessidades de “Educação Permanente” dos profissionais também são identificadas no material discursivo:

“[...] deveria ser uma coisa seqüencial, contínua, baseada nas necessidades dos profissionais e das comunidades!” (E8).

“[...] o pacote não pode ser pronto. Vir lá de cima e ser jogado para agente [...]” (E5).

Os profissionais questionam o fato dos docentes não estarem familiarizados com a práxis da Estratégia de Saúde da Família:

“Talvez por ela (a professora) não estar inserida na prática, de nunca ter estado na Estratégia de Saúde da Família, né? Ela veio como convidada, uma pessoa muito capacitada teoricamente, mas, caiu de pára-quebras! Para ela fazer essa articulação teoria-prática fica complicado!” (E3).

Foram tecidas críticas aos cursos, pois segundo os profissionais os cursos não são oferecidos de forma equânime:

“[...] quando tem um curso que é do núcleo de Saúde do Adulto, quem é do núcleo de Saúde da mulher não pode! Mesmo que

sinta necessidade de aprender aquele tema! E nem sempre quem fez o curso repassa quando chega na unidade!” (E4)

Sugestões para lidar com esta problemática, também emergiram:

“O papel da SMS seria oferecer oportunidades para todos, escolher um ou outro já ficou claro, pelo menos na minha unidade que não funcionou. Quando o profissional retorna a unidade fica muito ocupado, sobrecarregado e acaba não repassando o que aprendeu.”(E2)

“Uma distribuição eqüitativa do conhecimento seria o melhor caminho para “Educação Permanente”.”(D3)

Os profissionais referiram recorrentemente ao AIDPI¹⁶ como uma estratégia de capacitação bem sucedida através de cursos teórico-práticos, pois garantiu a universalidade de acesso ao curso:

“Mas uma estratégia importante que você percebe quando faz o treinamento para o AIDPI. Pensem quantos profissionais não foram treinados no curso do AIDPI NA sua unidade, quase 100% deles, não foram?” e abordou temas relevantes para a prática dos profissionais da ESF; “Todos nós lidamos no dia-dia com diarreia, IVAS, pneumonia, desnutrição. O AIDPI aborda esses temas com casos do nosso dia-dia.” (E3)

“O AIDPI foi um curso muito bom! Teoria que fazia sentido e relacionada com nosso dia-dia e práticas que nos faziam refletir [...]” (E2)

Segundo o discurso dos profissionais, os cursos devem gerar conhecimentos e potencializarem habilidades e atitudes para realmente ter reflexo positivo para prática profissional:

“Tem que existir realmente um compromisso de estar fazendo o curso para implantar e implementar realmente em sua prática.”(E6)

16 AIDPI (Atenção às Doenças Prevalentes na Infância). Trata-se de padronização de normas para o manejo adequado e eficiente de doenças prevalentes em crianças de 0 a 5 anos de vida.

3.3.2 Representações sobre a Especialização em Saúde da Família

Uma das estratégias para qualificação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família são os Cursos de Especialização em Saúde da Família. Encontrei referências à necessidade de realizar tais cursos no discurso dos profissionais:

“Tive necessidade de fazer a especialização [...] não conhecia muito sobre a Saúde da Família.” (E7)

Dentre estes Cursos de Especialização em Saúde da Família, aquele ofertado pelo Sistema Municipal de Saúde Escola foi avaliado positivamente por ter possibilitado acesso universal aos profissionais concursados que perceberam a necessidade de realizá-lo:

“A Especialização oferecida pelo município teve a grande vantagem de ser universal o direito dos profissionais que sentiram necessidade fazer [...]” (E5)

A necessidade da reflexão sobre os conhecimentos teóricos, oferecidos pelos Cursos de Especialização, na construção da práxis é encontrada no discurso dos profissionais:

“Se vai fazer diferença na minha prática (a especialização)? Vai, não tem como sair ileso ao conhecimento. Só se o indivíduo for muito alienado!” (D2)

Porém, muitos referiram dificuldades na articulação entre a teoria e a prática:

“As aulas são perfeitas, tudo fica parecendo mais claro. Só que na hora de colocarmos esses conhecimentos em prática surgem as dificuldades.” (E4)

“Sai pensando em fazer estudos de famílias, genogramas [...] só que quando cheguei na unidade lotada e com um monte de demandas, ficou só na teoria [...]” (E7)

3.3.3 Representações sobre Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Outra estratégia para qualificação dos profissionais de nível superior inseridos no SUS é o tipo de especialização *lato sensu* que acontece mediante o treinamento em serviço. Dentre as várias modalidades de especializações deste tipo, as chamadas Residências Médicas e Multiprofissionais (ambas regulamentadas por lei), possuem características distintas: grande carga horária e existência de um corpo de preceptoria especializado (MIRANDA, 2005 *apud* BARRETO *et al.*, 2006).

No município de Fortaleza existem dois programas de Residência em MFC: o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (PRMFC do SMSEF) e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Ceará (PRMFC da UFC). O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família deverá ser iniciado no ano de 2009.

A contribuição do PRMFC para aquisição de competências médicas para a prática no Programa Saúde da Família é referida de forma recorrente:

“A Residência agregou valores a minha formação. Formação pessoal, como médico.” (R3).

“Assim quando você se forma você já tem alguma autonomia. Mas depois de fazer uma Residência em MFC você começa a ver coisas que jamais veria. Não consigo imaginar fazer Programa Saúde da Família sem uma Residência.” (R6).

“Na Residência tivemos a oportunidade de aprender tecnologias leves que ajudam muito na atuação como médico de família, fazem a diferença...” (R1).

A preceptoria em serviço, a partir da concepção pedagógica da “tenda invertida”¹⁷ é referida como positiva de forma recorrente nos discursos:

“A preceptoria é o ponto forte da Residência. Quando o preceptor é competente, dentro do território, nosso aprendizado é enorme.” (R3).

“Acho que ser supervisionados na prática por um preceptor competente fez agente ganhar muita coisa.” (R4).

“Ter alguém com mais experiência, para discutir os casos é muito importante [...]” (R5).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família deverá iniciar em março de 2009. A necessidade de realizar esse processo de formação é referida nos discursos de enfermeiros e dentistas. A reação dos profissionais quando informados sobre a aprovação do projeto foi de entusiasmo:

“Se surgir a Residência Multiprofissional eu quero muito fazer! Aprender em serviço com uma preceptoria é maravilhoso.” (E3)

3.3.4 Representações sobre a graduação dos profissionais de Saúde

Analisando o material discursivo, destacou-se o fato de ser unanimidade entre os participantes dos grupos focais e entrevistas o descompasso entre os cursos de graduação em Saúde e as necessidades dos profissionais para atuarem na Estratégia de Saúde da Família:

“Eu posso falar que na minha graduação eu não tive a menor formação para trabalhar como médica de família.” (R8)

17 A dimensão pedagógica do Sistema Municipal de Saúde Escola questiona o modelo centrado no cenário hospitalar e incorpora o conceito de “tenda invertida”, no qual o “mestre” vai à tenda do aprendiz. Ou seja, o preceptor vai à Unidade de Saúde da Família e ao seu território de abrangência auxiliar o aprendiz a refletir sobre suas práticas. (Andrade, 1994, *apud* Barreto et.al, 2006).

Percebe-se através da análise do material discursivo o enfoque dos cursos de graduação ser predominantemente para o curativo (SOUZA; SAMPAIO, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; SILVA; SENA, 2008):

“Hoje eu vejo que a faculdade foi iatrogênica comigo. Como os internos chegam totalmente biomédicos, sem gerir o plano dos pacientes, ficam ansiosos para fazer um diagnóstico, querem medicar e pedir exames [...]” (R1).

A falta de mais abordagens interdisciplinares e a compartimentalização do saber (CAMPOS; AGUIAR, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002) também é evidenciada:

“A própria faculdade estimula a divisão em especialidades.”
(R4)

“Agente não aprende a ser médico na faculdade. Me incomodava muito na graduação ver “super- especialistas” mas que eram incapazes de prescrever um anti-térmico para uma criança.”
(R1)

“Na graduação a faculdade é voltada para as especialidades, pediatria, neurologia, dermatologia [...] comecei a compreender a Saúde da Família depois de formado.” (M3)

“Teve um paciente com cefaléia que me pediu um encaminhamento para a neuro e oftalmologista ao mesmo tempo. Perguntei por que. Ela falou que queria passar pelo oftalmo, pois o neuro iria pedir o laudo.” (M9)

“Não sei como está o currículo hoje. Quando eu estava na universidade era muito restrita a boca. Nem falo a Saúde bucal, mas as patologias dos dentes e se muito da boca toda!” (D2)

Referências e reflexões sobre a hegemonia da atenção hospitalar no ambiente da graduação, sendo o aprendizado centrado no Hospital Universitário e dissociada do Sistema de Saúde está presente em diversos discursos:

“[...] o aparato era voltado ao ambiente hospitalar. O ambiente em Saúde pública ele era esporádico dentro de algumas disciplinas. Então agente foi habilitado para desenvolver a técnica de

enfermeira capacitada para trabalhar em ambiente hospitalar por que a maioria das disciplinas eram nesse sentido.” (E5)

“Minha experiência em unidades básicas de Saúde, além de poucas, eram frustrantes! Os professores ficam nos hospitais...” (M2)

“Por que lá oferece todas as condições, laboratórios, todas as práticas com bons professores, todas as práticas nos hospitais são com grupos pequenos de seis a oito alunos, sempre acompanhado por professores, mas em hospitais [...]” (E1)

“[...] a faculdade forma profissionais para trabalharem em hospitais” (M5).

Surgiram de maneira recorrente no material discursivo, referências a uma *lacuna* entre as competências adquiridas durante as graduações em Saúde e aquelas necessárias para atuação na Estratégia de Saúde da Família:

“Bem, gostaria de ressaltar a lacuna que existiu em minha formação em relação ao Saúde da Família.” (E8)

“Então quando me formei em 2000 e assumi uma equipe no interior eu caí de pára-quedas por que eu não tive essa visão na universidade.”(E5)

“Nunca tinha entrado em contato com a ESF, a lacuna de formação para Saúde pública já começou da faculdade.” (E3)

“Na graduação não foi trabalhada a Saúde pública, a humanização, o método centrado na pessoa, na abordagem familiar...” (M5)

Outras reflexões sobre deficiências curriculares para formação de profissionais competentes para atuar na Estratégia de Saúde da Família foram identificadas:

“Nessa época existia um currículo que era padronizado desde a década de setenta, que era uma visão realmente direcionada ao ambiente hospitalar...” (E5).

“Até pouco tempo os cursos de Saúde não tinham comunicação entre si, inclusive o serviço social não faz parte da

Saúde na universidade. Isso contraria princípios básicos do SUS”
(D4).

“Na faculdade eu só tive um semestre em APS. Hoje vejo que é muito pouco. Sei que foi o motivo de quando me formei não entender que a APS fazia parte da odontologia ou a odontologia da APS.” (D2)

Encontrei, de forma recorrente no discurso dos profissionais, referências à “*falta de sentido*” da formação para a Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família:

“A APS é o pânico dos alunos da graduação. As disciplinas não fazem sentido quando estamos na graduação [...]” (M6).

“[...] não via nenhum sentido nas disciplinas da APS”. Éramos jogados no posto de Saúde sem apoio e sem saber o que fazer lá [...]”
(R4)

O papel fundamental dos educadores na graduação para a formação de sujeitos para atuarem no SUS e Estratégia Saúde da Família é referido, de forma recorrente:

“É importante termos professores para preparar esses alunos para estar atuando na Saúde pública, especificamente na Saúde da Família.” (R3)

“Se um professor da Universidade nunca trabalhou no PSF, como pode saber o que se passa por lá?” (R1)

“[...] aprendemos mais com exemplos do que com palavras.”
(D4)

3.4 Representações sobre competências dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família

Para a análise comparativa entre as percepções dos profissionais em relação às necessidades de Educação em Saúde, os perfis de demandas e ofertas governamentais (SUS) e perfis de necessidades definidos normativamente para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Foram utilizadas as normas definidas na “Portaria de Diretrizes e Normas do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2006), na “Política Nacional de Atenção Básica” (2006), nas diretrizes do SUS e nas diretrizes estabelecidas pela WONCA¹⁸ (2002), competências estabelecidas pelo Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza e as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Odontologia (2002) e Enfermagem (2001). Vale ressaltar que as competências estabelecidas pela WONCA não consideram *a priori* o contexto do SUS.

3.4.1 Representações sobre competências dos médicos de família:

A necessidade do desenvolvimento de competências inerentes ao Médico de Família e Comunidade, referidas na introdução deste estudo, é encontrada:

“Devíamos ter uma formação sociológica para darmos conta da complexidade dos problemas que surgem no território [...]” (R7)

“Só o conhecimento científico não deu conta dos problemas complexos que enfrento todos os dias [...]” (R7)

“Somar meus conhecimentos com os dos ACS, enfermeiros potencializou nosso trabalho e melhorou o atendimento à população [...]” (R8)

Normativamente é definida como competência dos Médicos de Família e Comunidade: “Possuir um conhecimento exaustivo sobre os fundamentos científicos das patologias, dos seus sinais, sintomas, diagnóstico, terapêutica e prognóstico [...]” (WONCA, 2001).

Encontrei referência as necessidades de “Educação Permanente” sobre fundamentos clínicos das patologias:

“Tem hipertensos, diabéticos, gestantes, tuberculosos, crianças doentes que estão ali e que precisam ser cuidadas! Então tenho que me capacitar para atendê-las.” (M2).

“Hanseníase é um exemplo que estamos precisando de um treinamento urgente! O número de casos está crescendo por que nós estamos aprendendo a fazer o diagnóstico e notificar esses casos.” (R3).

“[...] tratar de paciente em fase terminal, paciente com ferida cirúrgica que precisa de atendimento domiciliar, pacientes que fazem tratamento oncológico.” (R4)

3.4.2 Representações sobre as competências dos Cirurgiões-Dentistas da Saúde da Família

A análise do discurso dos profissionais de Odontologia refere de forma recorrente as dificuldades inerentes *ao início* de seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família:

“No início tive muita dificuldade em me integrar com o restante da equipe, ficava no consultório enquanto os outros estavam na comunidade, em visitas[...]”(D5)

“No início, trabalhar com grupos foi difícil [...]”.

“No início tive muita dificuldade em me integrar com o restante da equipe [...]”(D5)

“Apesar de ter caído de pára-quadras no PSF, sobrevivi à queda e hoje posso dizer que sou competente.” (D3).

A formação e atuação desconsiderando a integralidade da atenção e o trabalho em equipe multiprofissional foram expressas:

“Fomos formados amarrados á cadeira [...]” (D5)

“Tenho colegas que tem medo de se afogar no suco gástrico se passarem da boca [...]” (Ent.7)

“ Não somos preparados para atuar no PSF! Nossa formação é muito específica para a boca [...]” (D3)

“Não estava habituado a uma abordagem integral. Examinar a Saúde bucal parecia distante do restante do contexto[...].” (D2)

“No início tive muita dificuldade em me integrar com o restante da equipe, ficava no consultório enquanto os outros estavam na comunidade, em visitas[...].”(D5)

“No início, trabalhar com grupos foi difícil. Os pacientes queriam consultar com o médico. Não tem consultório odontológico no local que fazemos os grupos [...] (R6)

“[...] só depois que vi que podia ser útil de outras maneiras [...] aproveitar o coletivo, a relação entre equipe e aquele grupo de pessoas.” (D2).

Os cirurgiões dentistas referem nos discursos que as reflexões sobre os problemas da prática e necessidades sociais terem gerado o aprendizado para atuarem nas equipes de Saúde da Família:

“Pouco tempo depois que me formei fiz o concurso para o PSF. Não sabia o que me esperava! Hoje, estou aprendendo a cada dia a fazer Saúde da Família [...]” (D5).

“Apesar de ter caído de pára-quedas no PSF, sobrevivi à queda e hoje posso dizer que sou competente.” (D3)

Referências ao concurso como o fator que levou o profissional a estar atuando na Estratégia de Saúde da Família são encontradas de forma recorrente no material discursivo:

“Fiz o concurso por ser uma oportunidade profissional importante. Não sei se gosto do PSF. Gosto de atender a população, mas não gosto da roda, das visitas e do acolhimento [...] mas o mercado não está para peixe e o Programa Saúde da Família é uma oportunidade de trabalho.”(D4)

“Fiz especialização em ortodontia, mas o mercado não está para peixe. Passei no concurso e estou aqui [...]” (D6).

“Pouco tempo depois que me formei fiz o concurso para o PSF. Não sabia o que me esperava! Hoje, estou aprendendo a cada dia a fazer Saúde da Família [...]” (D5).

3.4.3 Representações sobre as competências dos Enfermeiros da Saúde da Família

Exercer o *cuidado* é uma competência definida normativamente para os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família como:

1. “Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.” (DCN, 2001)
2. “Prestar cuidados em Enfermagem compatíveis com as diversas necessidades apresentadas pelo indivíduo, famílias e comunidade.” (DCN, 2001)

Os profissionais que contribuíram para esta pesquisa referem que o *cuidado* faz parte de sua atuação profissional desde a graduação:

“Fiz Enfermagem por gostar de cuidar das pessoas [...] na faculdade e no Programa Saúde da Família tive essa experiência”
(Ent. 5)

“Poder cuidar de alguém é muito gratificante [...] (E4)

A integralidade do cuidado é definida normativamente como competência inerente ao profissional da Enfermagem que atue na Estratégia de Saúde da Família:

1. “Atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da Saúde integral do ser humano.” (DCN, 2001)
2. “Atuar nos programas de assistência integral à Saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso.” (DCN, 2001)
3. “Reconhecer a Saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência” (DCN, 2001)

Porém, segundo o discurso dos profissionais, até ingressarem na ESF, o cuidado não era integral e contínuo:

“Trabalhei em hospitais por algum tempo. Lá cuidava dos pacientes, fazia os procedimentos da Enfermagem, mas não era um cuidado integral. Tratava a patologia [...]” (E2)

Encontrei representações sobre o retomo a categoria reflexão sobre a prática:

“Aprendi a ver uma Dona Maria da comunidade do Dendê como “a” Dona Maria da comunidade do Dendê que tem hipertensão por que gosta muito de comer e não gosta de caminhar, pois ninguém em sua família nunca teve o hábito de caminhar [...]” (E3).

“Talvez de tanto conviver com “a” Dona Maria, comecei a conhecê-la melhor [...]” (E3).

Normativamente é definida a necessidade dos enfermeiros assumirem posições de liderança no trabalho em equipe, sendo este afirmado recorrentemente como inerente ao trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família:

1. “No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais e Saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade.” (DCN, 2001)
2. “Trabalhar em equipes interdisciplinares.” (DCN, 2001)

Os profissionais que contribuíram para esta pesquisa demonstraram através do discurso possuir competências para desenvolverem a liderança de forma ética e visando o bem-estar da comunidade:

“Organizei a abordagem aos pacientes com tuberculose da unidade. Fizemos uma reunião e planejamos como atendê-los, fazer o DOTS, busca ativa e tudo mais [...]” (E2)

“O enfermeiro tem que tomar a frente da equipe, organizar o trabalho [...]” (E5)

Porém, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, segundo esses, nem sempre ocorre da melhor maneira devido a barreiras como equipes incompletas, excesso de demanda, competências dos profissionais para trabalharem em equipe:

“Trabalhamos em equipe, só que nossa equipe sou eu, a dentista, a auxiliar de Enfermagem e três agentes comunitários [...]” (E3)

“O médico da equipe não consegue participar das atividades, pois, fica sempre atendendo [...]” (E7)

3.4.4. Representações sobre competências inerentes às diretrizes e princípios da Atenção Primária à Saúde (APS)

É referido normativamente o conhecimento, habilidades e atitudes para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e serviços de APS serem o primeiro contato com o sistema de Saúde:

1. “Ser normalmente o primeiro ponto de contato médico com o sistema de Saúde” (WONCA, 2002).
2. “Proporcionar um acesso aberto e ilimitado a seus pacientes.” (WONCA, 2002)

Referências a Estratégia de Saúde da Família como *porta de entrada* do SUS e dificuldades encontradas pelos profissionais quanto a esse elemento estrutural da APS e Estratégia de Saúde da Família foram recorrentes nos discursos:

“A demanda espontânea é enorme! Não conseguimos dar vazão nem as pessoas que procuram por demanda espontânea, quanto mais o atendimento programado” (M4)

“Ser a porta de entrada do sistema é complexo. Os problemas chegam em sua fase inicial, muitas vezes chega um paciente com muitos problemas ao mesmo tempo.” (M3)

O acolhimento foi problematizado os profissionais perceberam a necessidade de “Educação Permanente” sobre esses:

“Sinto necessidade de saber mais sobre o acolhimento... para a porta de entrada não se resumir a um pronto atendimento de péssima qualidade...” (M9)

“Tentamos contornar o problema do excesso de demanda com o “acolhimento”, mas acabamos fazendo uma triagem de péssima qualidade.”(M1)

“Tentamos realizar o acolhimento cada dia uma equipe. O acolhimento virou um pronto atendimento. Então resolvemos que todas as equipes fariam todos os dias. Só que para dar certo, os profissionais devem estudar um pouco sobre a Política de Humanização e o que realmente significa acolhimento.” (R3)

Outro tema da APS referido nos discursos trata do princípio da longitudinalidade.

A *longitudinalidade*¹⁹ pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 1998). Identifiquei na norma competências dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família referentes à *longitudinalidade*:

1. “Ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente de acordo com as necessidades do paciente” (WONCA, 2002).

Surgiram no material discursivo referências ao princípio da *longitudinalidade*:

“Uma das tecnologias leves que aprendi na Residência foi que podemos ter um atendimento longitudinal. Não precisamos resolver todos os problemas do paciente em uma única consulta. O difícil é colocá-lo em prática” (R2)

A *coordenação*²⁰ é essencial para obtenção da *longitudinalidade, integralidade, primeiro contato* (STARFIELD, 1998).

“Coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum” (STARFIELD, 1998).

A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades do presente atendimento. A coordenação deve ocorrer entre diferentes níveis de atenção e entre os serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais da APS (STARFIELD, 1998).

19 A longitudinalidade compõe o que Starfield (1988) chamou do segundo elemento estrutural da APS

20 Segundo Starfield (1998), a coordenação é o quarto componente da atenção primária

Encontrei definições normativas estabelecendo à necessidade dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família terem competências para estabelecer e manter a coordenação do cuidado:

2. “Gestão de cuidados à Saúde primários” (WONCA, 2002)
3. “Assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de Saúde [...]” (DCN, 2001);
4. “Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência” (PNDA, 2006);
5. “Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência.” (WONCA, 2002)
6. “Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento” (DCN, 2002).

A “Educação Permanente”, tendo como referência a relação à coordenação do cuidado e a maior eficiência das equipes para resolução de problemas, foram referidos:

“No Lineu fizemos a coordenação da neurologia. Estudamos, corremos atrás. Isso gera conhecimentos, o passo seguinte é atitude para coordenar os encaminhamentos [...]” (R5)

3.4.5 Representações sobre competências inerentes às diretrizes e princípios do Sistema único de Saúde e Estratégia Saúde da Família

A necessidade dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família conhecerem o SUS, seus princípios e diretrizes é definida normativamente:

1. “A formação deve atender as necessidades sociais da Saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.” (DCN, 2001).
2. “Ser capaz de exercer com compromisso, de forma crítica e criativa, a função de médico de família em equipe multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde” (PRMFC do SMSEF, 2006).

Atuar na perspectiva da integralidade é normativamente definido para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família:

1. “Os profissionais de Saúde dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da Saúde, tanto em nível individual como coletivo” (DCN, 2001).
2. “Reconhecer a Saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência” (DCN, 2001).
3. “Lidar com os problemas de Saúde em suas dimensões física, psicológica, social, existencial e cultural” (WONCA, 2002).
4. “Competência para atenção integral a Saúde [...]” (PRMFC do SMSEF, 2006).
5. “Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito” (PNAB, 2006).
6. “Realizar a atenção integral em Saúde Bucal (promoção, proteção da Saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da Saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos

específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade” (DCN, 2002).

Observei no discurso dos profissionais a compreensão do princípio da integralidade como inerente à prática das equipes de Saúde da Família:

“O trabalho do profissional da Saúde da Família é complexo. Por exemplo, a tuberculose. Temos que prevenir que parentes do doente se contagiem, tratar o doente, educar a comunidade como a tuberculose é transmitida [...]” (E4).

Porém, apesar da compreensão sobre o conceito da integralidade, os profissionais manifestam dificuldades para implementá-lo e percebem necessidade de capacitar-se para isso:

“Percebi no grupo de hipertensos que sabia apenas tratar a hipertensão. Ai pensei, para trabalhar com prevenção e promoção tenho que me capacitar [...]” (R2).

É definido normativamente que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família devem ter competências para assegurar o princípio da *universalidade*:

1. “Proporcionar um acesso aberto e ilimitado a seus pacientes” (WONCA, 2002)

Encontrei referências ao princípio da *universalidade*:

“Eu sinto dificuldade pois é como você disse, eu não trabalho só com crianças e adolescentes, eu atendo hipertensos, idosos, adultos, atendo mulheres, atendo todo mundo, assim tenho necessidade de saber sobre todos.” (E3.)

“O Programa Saúde da Família deve ser universal, todos tem direito a Saúde [...]” (E5)

“Tenho que atender uma população de oitenta e seis mil pessoas, afinal o SUS não é universal? Minha área não é e nem pode ser respeitada! Quem deveria respeitar era a gestão que fez a territorialização sem considerar isso [...]” (M5).

“Fica difícil, pois tem paciente de áreas descobertas que precisam ser atendidos [...]” (E5).

Atuar na perspectiva da equidade é definido normativamente para os profissionais da Estratégia Saúde da Família:

2. “Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco²¹ à Saúde, priorizando solução dos problemas de Saúde mais freqüentes” (PNAB, 2006)

Encontrei referências ao princípio da *equidade* pelos profissionais;

“Tive que aprender o que era o acesso, a equidade...” (D2)

Observei referências às dificuldades inerentes a interpretação dos conceitos de risco e vulnerabilidade e a gestão do processo de trabalho para tratar diferentemente aos desiguais:

“A demanda espontânea é enorme! Não conseguimos dar vazão nem as pessoas que procuram por demanda espontânea, quanto mais o atendimento programado” (M4).

3.4.6 Representações sobre a abordagem comunitária e participação social

Atuar na perspectiva da participação social é definido normativamente como atribuição dos integrantes das equipes de Saúde da Família:

3. “Participem das reuniões do conselho local de Saúde” ²² (PRMFCF do SMSEF, 2006).
4. “Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de Saúde” (DCN, 2001)

Encontrei referências quanto à participação social:

“Tivemos que montar os conselhos de Saúde, aprender

21 Risco significa a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou um fenômeno indesejado.

22 Trata-se de uma habilidade necessária ao profissional da Saúde da Família

como funcionavam [...]” (E2).

A competência de trabalhar na perspectiva da comunidade é referida normativamente para as três categorias estudadas:

1. “Ter uma responsabilidade específica pela Saúde da comunidade” (WONCA, 2002; PNAB, 2006; PRMFC do SMSEF, 2006);
2. “Estabelecer co-responsabilidade sanitária com sua equipe de trabalho e a comunidade pela promoção de melhores condições de Saúde no território” (PRMFC do SMSEF, 2006);
3. “Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões” (DCN, 2001);
4. “Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações” (PNAB, 2006).

Essa atribuição das equipes da Estratégia Saúde da Família foi amplamente referida e discutida pelos grupos, demonstrando clareza quanto à necessidade dos profissionais dessa serem competentes para abordarem a comunidade:

“Saber trabalhar com a comunidade é fundamental para os profissionais da ESF. Tive e tenho muitas dificuldades [...]” (E5)

“Temos que saber trabalhar com a comunidade [...]” (R2).

“O Programa Saúde da Família está aí para abrir os olhos da comunidade e para as pessoas saberem quando procurar o posto.” (E6)

Porém, muitos referem a pouca formação para essa competência e consideram a necessidade de Educação em Saúde para desenvolvê-la:

“No meu posto só a RMFC trabalham na comunidade. Os outros não tem formação para isso! É nebuloso para maioria dos médicos.” (R1)

“Dar palestras não significa abordar a comunidade. Isso eu já captei [...] mas como agir?” (R4).

“A “Educação Permanente” deve ser em função das necessidades do serviço e da comunidade. Afinal esses profissionais estão pelo menos teoricamente vinculados a ESF.” (M7)

“[...] agente tem necessidade de atualização contínua por que agente precisa dar resposta à comunidade.” (D2)

3.4.7 Representações da regionalização e o território

Normativamente existe a atribuição dos integrantes das equipes de Saúde da Família possuírem competências para trabalharem com os princípios da regionalização e do território:

1. “Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para análise de situação de Saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas do território” (PNDA, 2006);
2. “Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento de área adstrita, que compreenda o seguimento populacional determinado, com atualização contínua.” (PNDA, 2006).

Encontrei referência sobre o processo de “Educação Permanente” quanto à *territorialização*:

“No Curso de Imersão²³ que ocorreu quando chegamos no Programa Saúde da Família de Fortaleza, tivemos uma capacitação quanto à territorialização [...] acho que devíamos refazer o processo depois de dois anos na prática.”(E3)

23 O Curso de Imersão foi oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em agosto de 2006. Esse ocorreu após a realização de concurso público para a Estratégia de Saúde da Família do município e antes dos profissionais assumirem as equipes de Saúde da Família.

Segundo os profissionais, a aprendizagem sobre o território que ocorre na prática é um processo contínuo:

“A territorialização deve ser um processo contínuo. Estamos todos os dias aprendendo e refletindo sobre nosso território.” (R1)

Também foram evidenciadas algumas críticas sobre os processos de territorialização realizados no município de Fortaleza:

“[...] estática, que não leva em conta as relações da comunidade e sim necessidades administrativas.” (R1)

“[...] a territorialização está desatualizada, não considera que a comunidade do Mangue cresce a cada dia [...].” (Ent. 3)

3.4.8 Representações sobre a abordagem à família

A abordagem integral e holística à família é referida normativamente:

1. “Cuidados centrados na pessoa, Família e Comunidade” (WONCA, 2002);
2. “Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível familiar [...]” (PRMFC do SMSEF, 2006);
3. “Identificar situações de risco e adoecimento familiar com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário” (PRMFC do SMSEF, 2006).

Identifiquei referências sobre a necessidade de educação para a abordagem sistêmica às famílias. Essa necessidade surge muitas vezes de reflexões sobre a prática do trabalho em Saúde da Família:

“Será que na nossa prática de atenção à família, estamos compreendendo a família dentro de um sistema, com crenças, cultura, relações e inter-relações? Direcionamos o nosso olhar diagnóstico e terapêutico na perspectiva da clínica ampliada? Ou

ainda apresentamos dificuldade de compreender a família como um todo?” (R1).

“Abordar toda a família é muitas vezes necessário [...] comecei a enxergar essa importância na Residência.” (R1).

“Muitas vezes o problema está na dinâmica da família e se não atuarmos ai, o projeto terapêutico não dá certo [...]” (R5).

Os profissionais expressam claramente a deficiência na formação para a abordagem familiar e a necessidade de “Educação Permanente” para essa:

“Na graduação nunca vi sobre abordagem à família, então quando assumi a Estratégia de Saúde da Família não conseguia enxergar a importância desse tipo de abordagem [...]” (M3).

“Gostaria de ter maior conhecimento sobre abordagem à família. Instrumentos como o PRACTICE, o genograma [...]” (E4).

3.4.9 Representações sobre a abordagem centrada na pessoa

A análise do discurso dos profissionais revelou a aprendizagem significativa sobre o reconhecimento do ser humano biopsicossocial, como sujeito do cuidado.

“Aprendi a ouvir as pessoas e o coletivo, por isso minha auto-avaliação é positiva...” (E6).

“Só no Programa Saúde da Família entendi a importância de olhar o indivíduo como um todo. Cada um tem uma cultura, uma religião, uma visão de mundo que tem que serem levados em conta pela equipe de Saúde.” (E3).

Segundo a WONCA (2002), existem competências essenciais para uma abordagem centrada na pessoa: Aspectos de contexto, aspectos de atitude e aspectos científicos.

3.4.10 Representações sobre os *aspectos de contexto* da abordagem centrada na pessoa:

Existem competências definidas normativamente sobre aspectos de contexto de uma abordagem centrada na pessoa:

1. “Mostrar um interesse pessoal no paciente e no seu ambiente, estando consciente das possíveis conseqüências da doença nos outros membros da família e no ambiente mais alargado (incluindo o ambiente laboral) do paciente.” (WONCA, 2002);
2. “Lidar com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida e não como patologias ou "casos" impessoais” (WONCA, 2002);
3. “Utilização dos aspectos contextuais do paciente, da sua história, da sua situação e antecedentes sociais, para o diagnóstico, tomada de decisões e estabelecimento de um plano de gestão de problemas.” (WONCA, 2002);
4. “Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, Família e Comunidade” (WONCA, 2002);

Analisando os discursos encontrei referências à abordagem aos aspectos de contexto da abordagem centrada na pessoa:

“As crianças, os cinco heróis, não estavam na escola, para começar eles nem existiam perante a sociedade, pois não eram nem registrados [...]” (R6)

“As condições que eles vivem geram diversos problemas, a desnutrição, a violência. Vivem em casas de material aproveitado, lixo a céu aberto [...] ai vem tungíase, verminoses, anemia [...]” (R4)

“Na verdade eles não entendiam tantos bichos de pé como doença, nem a diarréia crônica [...] já fazia parte da vida deles!” (R4)

Observei dificuldades de alguns profissionais e competências de outros na realização de um diagnóstico centrado na pessoa e a valorização da *ilness*²⁴.

“Na verdade eles não entendiam tantos bichos de pé como doença, nem a diarreia crônica [...] já fazia parte da vida deles!” (R4).

“Acho difíceis aqueles pacientes poliquixosos, que estão todos os dias no posto com queixas sem sentido [...]” (Ent. 12)

A relação profissional de Saúde-paciente implica diversos componentes: cuidado, sentimentos, confiança, poder e sentimento de propósito. Essa faz parte dos aspectos de contexto definidos normativamente:

1. “Ter um processo de consulta singular em que através de uma comunicação médico-paciente efetiva.” (WONCA, 2002).

Os profissionais referiram a necessidade de terem competências para uma relação profissional-paciente efetiva:

“[...] precisamos melhorar a relação com os pacientes [...]”
(R5)

“[...] às vezes sem perceber acabamos fazendo contra-transferências com o paciente e isso prejudica o tratamento, nisso preciso melhorar [...]” (R2)

3.4.11 Representações sobre aspectos de atitude: vida privada e valores próprios

Dentre os *aspectos de atitude* do método clínico centrado na pessoa destacamos:

2. “Estar consciente das capacidades e valores próprios” – “Justificar e clarificar a ética pessoal” (WONCA, 2002).

24 Abordagem diagnóstica que abrange, além da patologia, as relações interpessoais do paciente, inclusive a relação médico-paciente e os sentimentos desse frente ao processo Saúde-doença.

Destaquei no material discursivo referências aos aspectos de atitude:

“[...] a atuação de cada um depende do que cada profissional é como pessoa. Ninguém aprende do dia para noite a ser ético, cuidar do outro [...]” (R1)

“É importante também os exemplos. Ver alguém fazendo algo legal e pensar: isso eu quero fazer, isso tem valor. Vem também muito dos valores pessoais. Para muita gente ter valor é ter dinheiro, vestir de branco, ser chamado de doutor. Já refleti muito sobre isso. Por que uma mesma experiência gera repercussões diferentes em pessoas diferentes. Acredito que seja pela visão de mundo, de valores agregados desde muito tempo. Hoje falo com certeza, sou competente no que faço, pois amo e acredito no que faço.” (E4)

“Eu queria mesmo era ter essa mesma disposição que eu tenho hoje daqui a vinte anos, como funcionária pública. Eu gosto de ser funcionária pública, eu tenho tanto valor ao dizer que eu sou funcionária pública!” (E5)

“Às vezes vejo na unidade o pessoal desmotivado, potenciais subutilizados. Ai eu digo: gente vai dar certo! E um processo que depende de nós para dar certo. Vamos trabalhar os próximos vinte anos com essa idéia.” (E1)

Normativamente é definido que os profissionais devem:

3. “Estar consciente da interação recíproca entre trabalho e vida privada, esforçando-se em atingir um bom ponto de equilíbrio entre os dois” (WONCA, 2002).

Reflexões sobre a competência acima foram destacadas exclusivamente nos participantes do sexo feminino e desencadeadas pela maternidade e/ou pelo desejo de ser mãe. A necessidade, de durante um período da vida, dedicar maior tempo e atenção à prole e a família, com isso reduzindo quantitativamente o tempo dedicado ao trabalho e a formação profissional foi amplamente discutido nos grupos focais. Não houve relatos sobre o tema nas entrevistas em profundidade.

“Logo em seguida quando me formei eu tive minha primeira filha e passei seis meses dando de mamar, virei mãe né? [...]”(E3)

“Na minha vida tive dois momentos, duas pausas que foram o nascimento de meus filhos. Uma tem e meu pequeno tem um ano e meio. Eu optei por tê-los e agora eu quero vê-los crescer.” (D3)

“E ai, pretendo depois fazer o doutorado, mas vou dar um tempinho depois que terminar o mestrado, pois ainda não tenho filhos e eu quero muito ser mãe!” (D5)

“Muitas vezes temos que renunciar a oportunidades ou pelo menos retardar o ritmo de trabalho e formação profissional para não deixar a família e os filhos em um segundo plano” (E4)

Muitas vezes, como já referido nesse estudo, desejos, interesses e necessidades podem se contrapor, podendo vir a gerar sofrimento. Podemos identificar tal reflexão no material discursivo:

“[...] a carga horária estava muito puxada, minha filha era muito pequena ainda e tive que abrir mão da oportunidade de fazer o mestrado fora [...]foi difícil para mim, mas ser mãe era minha prioridade..” (E5)

“Mas também tenho falhas, como quando preciso estudar e não tenho tempo. Ser mãe, esposa, dona de casa e boa profissional é no mínimo complexo!”(M4)

A tensão entre vida pessoal e necessidades de “Educação Permanente” percebidas foi encontrada:

“Cheguei a fazer a prova para Residência... Mas tenho dois filhos em idade escolar. Tem que levar e buscar na escola [...] gosto de fazer as tarefas com eles [...]” (M3)

“Talvez se a Residência existisse logo que me formei e nem era casada seria minha primeira opção [...]” (ET 6)

3.4.12 Representações sobre aspectos científicos

Finalmente, dentre as competências essenciais para uma abordagem centrada na pessoa, os *aspectos científicos* são evidenciados:

4. “Estar familiarizado com os princípios gerais, os métodos e conceitos de investigação científica, bem como com noções fundamentais de estatística” (WONCA, 2002)
5. “Ser capaz de acessar, ler e avaliar a literatura de forma crítica” (WONCA, 2002)

Identifiquei no discurso dos participantes competências para acessar, ler e avaliar a literatura de forma crítica:

“Precisamos estar sempre estudando em artigos, livros textos [...]” (E3).

“Os casos clínicos nos levam a refletir sobre a prática [...] estudamos sobre problemas que encontramos na prática e buscamos soluções.” (R1)

3.5 – Representações sobre o trabalho em Saúde

3.5.1 Representações sobre crises e conflitos inerentes ao trabalho na ESF

3.5.1.1 Representações sobre o conflito inerente à Estratégia de Saúde da Família em um grande centro urbano

A menção sobre diferenças entre a Estratégia de Saúde da Família no interior, em municípios de pequeno e médio porte e na capital está presente nos discursos de muitos dos profissionais:

“No interior é muito mais fácil criar esse vínculo. Você sabe onde a paciente mora, o acesso é mais fácil e a construção do vínculo também. Na capital você tem um outro universo, o paciente pode mudar de área, ser de área descoberta, só procurar a unidade quando precisa de atenção. Temos medo de fazer visitas pela violência [...]” (E6)

“Aqui é bem difícil! No interior era mais fácil.” (E8)

“Diferentemente de E2, nesse sentido, eu me sinto infeliz de estar no Programa Saúde da Família hoje, em Fortaleza, pois não era o Programa Saúde da Família que eu esperava. Mesmo entendendo que é um processo, que foi ampliado agora. Quem já trabalhou no interior sabe que a realidade aqui é muito diferente.” (E3)

As dificuldades e contradições de atuar no processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família em um grande centro são referidas nos discursos dos profissionais, influenciando direta ou indiretamente nas necessidades percebidas por esses:

“Em um grande centro, como Fortaleza, é mais difícil, mas isso não invalida a ESF, pois a comunidade também precisa muito. Talvez pela loucura de viver em um grande centro as pessoas se esquecem de olhar para o outro [...] de aprender com o outro.” (D2)

“Aqui existe uma pressão muito grande pelo consumo, as desigualdades são enormes [...]” (E4)

“Trabalhamos em zonas de risco 1 [...] a realidade é terrível [...] pobreza, violência, desrespeito com os direitos humanos. Muito triste!” (M2)

Encontrei nos discursos a contraposição entre desejos, interesses e necessidades: contraposição entre a Estratégia de Saúde da Família almejada com a “[...] Estratégia de Saúde da Família da vida real [...]”:

“Agente está em uma capital, em uma grande metrópole, mas está muito distante do que eu esperava como o Programa Saúde da Família [...]” (M8)

3.5.1.2 Representações sobre o conflito gerado pela violência urbana:

Reflexões sobre a problemática da violência urbana são explícitas no material discursivo. Chamou-me a atenção o quão repetido e a comoção que tais reflexões repercutiam nos grupos focais:

“Minha área apesar de não ter arrastão no posto, é uma área que a realidade social também direciona a realidade sanitária. Como falar de dieta para quem passa fome? Uma mãe hipertensa com um filho usuário de drogas, uma filha grávida e um filho preso? As necessidades de formação dos profissionais do Programa Saúde da Família são muito complexas!” (M5)

“Ter competência para trabalhar e lidar com a violência foi uma necessidade. No início tinha muito medo de entrar na comunidade.”(E2)

“Na minha comunidade o grande pivô para problemas não esperados pelo Programa Saúde da Família são o tráfico de drogas e a violência gerada por esse!” (E7).

“A droga esta ligada diretamente a violência. Nós como MFC trabalhamos em zonas de periferia, com IDH muito baixo.” (R2)

Segundo Léon (2002) as principais causas dessa violência urbana são o empobrecimento da população, a desigualdade social e econômica, o desemprego e a exclusão escolar, sendo essa problemática encontrada na análise:

“Quando fazemos visita domiciliar observamos o ócio causado pelo desemprego [...]” (R3)

“Vi muita desigualdade social [...] me intriga como podem viver dessa maneira [...]” (D7)

“Se os adolescentes abandonam a escola por causa do crack, o ciclo vicioso de pobreza, drogas e ignorância está instalado [...]” (R2).

A percepção da violência urbana, até então “distante” foi manifestada em discursos que revelaram sentimentos como medo, impotência e ansiedade:

“[...] vivemos em outro mundo, outra realidade [...]”.

“[...] a violência parecia algo das favelas, não fazia parte da minha realidade, pelo menos, não do meu dia-dia [...]”

“Fiquei com muito medo no início. Meu posto foi assaltado e não podemos fazer nada!” (E3)

“[...] então ela me ameaçou e avisou que sabia que eu ia todos os dias de ônibus [...] devo denunciar?” (R6)

3.5.1.3 Representações sobre o conflito gerado pelo trabalho das equipes com o tráfico de drogas e a drogadição

O uso e abuso de drogas e suas conseqüências são referidas como problemática imposta às equipes de Saúde. Os profissionais referem o uso e abuso de drogas como uma “doença” e refletem sobre a abordagem aos pacientes e famílias envolvidas nessa problemática:

“No Campo do América um problema crucial são as drogas. 70% dos problemas de lá são ou são causados pelas drogas! No momento que deveria ser a fase mais produtiva do indivíduo ele se apanha ou é apanhado por essa droga. A família segue junto pois a “doença droga” é contagiosa e progressiva, segue uma devastação em cadeia. A droga gera violência, gera pobreza, gera instabilidade nas famílias, gera o abandono de vários valores, o abandono dos idosos, o abandono das crianças, então gera muitas disparidades dentro da comunidade. Temos que aprender a lidar com tudo isso!”(E1)

“Entra outra questão também, a questão da promiscuidade, da prostituição. Muitas vezes gerada pelo uso da droga! Os usuários de droga têm uma vida sexual muito promíscua, cada vez mais precoce e ativa. Imagine fazer o planejamento familiar nessas condições.” (M7)

“As crianças literalmente nascem e são jogadas no mundo [...] imagine fazer a puericultura dessas crianças filhas de usuários de drogas!” (E4)

“Temos uma paciente idosa, que vai ao posto escondido, pois os netos roubam seus medicamentos para vender e comprar drogas! Ela pediu que não à visitássemos pois era perigoso [...]” (R5)

“O menino abandonou a escola, aparecia em casa só para comer e olhe lá [...] a mãe vivia no posto com queixas diversas que eram manifestações de sua preocupação com o filho drogado [...] agora eu pergunto, como resolvemos um problemão desses?” (R3)

A reflexão sobre a prática gerou a percepção sobre a necessidade de “Educação Permanente” em Saúde sobre o tema uso e abuso de drogas:

“[...] lá têm muitos adolescentes, crianças, drogas também. Isso gera necessidade de me capacitar para lidar com eles [...]” (E3).

3.5.1.5 Representações sobre o trabalho das equipes no contexto de situações de crise/caos: responsabilidade dos profissionais com uma “sociedade doente”

O trabalho em Saúde em situações de crise e caos leva os profissionais à refletirem sobre a dinâmica da sociedade e ao paradigma de um conceito ampliado de Saúde. Observei no material discursivo a ampliação da consciência sobre as conseqüências perversas da desigualdade social, que vulnerabiliza indivíduos, famílias e comunidades:

“Será que a pobreza justifica tudo isso que agente está falando. Será que tipo de pobreza que falamos? Não falta só emprego. Falta cultura, educação [...]. Isso também é doença, mas uma doença social.” (R2)

“Não podemos ter o luxo, a facilidade de tratar apenas as doenças biomédicas. A violência, as drogas e todas as conseqüências sinistras que elas geram são responsabilidades também dos profissionais de Saúde.” (M1)

“O problema dessas comunidades é mais social que sanitário. Essa questão das drogas, da violência, da pobreza. Isso tudo faz a comunidade adoecer.” (E8)

Os profissionais revelam em seus discursos a percepção da necessidade de um olhar diferente para a sociedade e da responsabilização de cada um por essa:

“Nós da Saúde da Família temos muito para reduzir a violência, desde que assumimos a responsabilidade que somos sujeitos de uma sociedade doente[...]” (R5)

“Depois que entrei no Programa Saúde da Família de Fortaleza mudei meu jeito de olhar para a beira mar. Agora dói mais

ver aquelas crianças, adolescentes se prostituindo. Sinto-me responsável por eles.” (M7)

“Não podemos ter o luxo, a facilidade de tratar apenas as doenças biomédicas. A violência, as drogas e todas as conseqüências sinistras que elas geram são responsabilidades também dos profissionais de Saúde.” (M1)

5.5.2 Representações sobre o trabalho em Saúde: Profissionais de saúde

Encontrei reflexões sobre os trabalhadores e as práticas ou processos de Trabalho no contexto e âmbito da Estratégia Saúde da Família:

“[...] eles saiam de Icapuí muito categóricos com a importância da Saúde da Família que até então agente não tinha essa vivência dentro da universidade, foi um click, entende? (E1)

“Nós é que construímos o SUS e a Estratégia de Saúde da Família depende de profissionais que atuam.” (E3)

“Não é puxando a sardinha para o lado do PSF, mas esse pessoal que veio tem uma bagagem muito boa, muita gente já tem especialização, alguns já tem mestrado, alguns já fizeram inúmeros cursos, já trabalharam em diversos municípios e vieram com força, vieram com grande possibilidade para contribuir e estão encontrando limitações.” (E5)

“Nós somos trabalhadores do SUS, soldados do SUS, nós estamos construindo a ESF” (D7)

5.5.3 Representações sobre o trabalho em Saúde: Interdisciplinaridade, intersetorialidade e multiprofissionalidade

O produto do esforço de um serviço local na apreensão e satisfação máxima das necessidades de uma comunidade através do trabalho em equipe

multiprofissional e interdisciplinar é contemplado nas necessidades definidas normativamente para a Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família listadas a seguir:

1. “Trabalho interdisciplinar em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações” (PNAB, 2006);
2. “Trabalhar em equipes interdisciplinares” (DCN, 2001);
3. “Ser capaz de exercer com compromisso, de forma crítica e criativa, a função de profissional da Saúde da Família em equipe multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde” (PRMFC do SMSEF, 2006);
4. “Participar de forma democrática e colaborativa das reuniões e do planejamento da sua equipe” (PRMFC do SMSEF, 2006).

Referências a essas competências foram encontradas exaustivamente nos discursos:

“Agora essa idéia de educação em serviço me deixou muito animado. Mas tem que ser interdisciplinar, não só médica.” (M9);

“A “Educação Permanente” parte de um desejo coletivo. Posso ser o melhor médico, mas se estiver só, não vou muito longe. É fundamental o sentido coletivo para produção do cuidado...” (E3)

“Nosso papel na capacitação dos ACS também é muito relevante. São pessoas maravilhosas e com vivências anteriores muito diversas. Tem um que foi gerente de banco, uma ACS que era dona de casa outra que trabalhou na escola como auxiliar de trabalhos gerais. Eles tem muita bagagem e querem aprender.” (M2)

“Agente já se preocupava em ver essa questão do trabalho em equipe, do trabalho com os auxiliares e toda essa parte de abordagem da comunidade, acolhimento, trabalho com grupos.” (D1)

“Um profissional sozinho não vai muito longe. Com a equipe os horizontes se ampliam, mas mesmo assim podemos fazer mais [...]”. (M4)

Porém, apesar da compreensão do conceito e da importância do trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais manifestam dificuldades relacionadas a habilidades e atitudes correlatas:

“O consultório com mesa ginecológica é propriedade da enfermeira. Se precisar examinar uma paciente com queixa ginecológica fica difícil [...]” (M7)

“Não conseguimos até hoje reunir toda a equipe [...]” (R6)

Reflexões sobre a necessidade de capacitação para essa competência foram expressas:

“Precisamos aprender a trabalhar em equipe. A universidade não integra os cursos da área de Saúde e com isso cada profissão forma com suas competências, mas a interdisciplinaridade na maioria das vezes é uma utopia.” (D3)

Competências para promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais são definidas normativamente:

1. “Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da Saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal” (PNAB, 2006);
2. “Trabalhar com outros profissionais no cuidado primário” (WONCA, 2002).

A interpretação do material discursivo mostra contradições sobre o trabalho com outros profissionais do cuidado primário e dificuldades de referência e contra-referência no sistema de Saúde:

“Nunca recebi uma contra-referência!” (R1)... “Nem eu” (R9)

“Penso que se não fosse o interno se irmão de uma residente da pediatria o caso teria tido uma evolução dramática...”²⁵(R7)

25 Relato de residente do PRMFC sobre o encaminhamento para referência de paciente de 6 meses de vida com quadro de colestase.

“Fazemos o pré-natal, mas não temos acesso ao hospital. Se ocorre alguma complicação não ficamos sabendo.” (R2)

5.5.4 Representações sobre o trabalho em Saúde: a clínica ampliada

A necessidade de formação de profissionais para atuarem na perspectiva de uma clínica ampliada é referida normativamente:

“Lidar com os problemas de Saúde em suas dimensões física, psicológica, social, existencial e cultural” (WONCA, 2002)

“Lidar com os problemas de Saúde de cada paciente individual, não se podendo limitar apenas à abordagem da doença atual” (WONCA, 2002).

Os discursos de profissionais de todas as categorias estudadas manifestaram a necessidade de uma abordagem integral e holística dos pacientes (clientes), famílias e comunidade, embora muitos sintam necessidade de educação sobre o tema:

“A especialização está contribuindo para ampliar os horizontes, para termos uma visão mais abrangente [...]”.

“Chegou uma senhora com queixa de dor lombar, estava tossindo [...] deste encontro descobrimos que toda família estava com tuberculose. Eles vivem em casa de dois cômodos, dormem todos juntos...” (E6)

“Teve uma colega na especialização que referiu que o módulo sobre abordagem a família não tem relação com a odontologia..ainda bem que ela sentiu necessidade de fazer a especialização.”

“Estou aprendendo a fazer uma abordagem holística do adolescente, abordar sua família, a escola...tivemos que fazer parceria com as escolas [...]” (D2)

“Compreender o paciente como um todo, inserido em uma família e uma comunidade foi uma das competências que venho tentando adquirir durante a Residência[...]” (R7)

“A clínica sozinha não satisfaz minhas necessidades no serviço [...]” (R2)

“Vi que trabalhar na Saúde da Família exige do profissional que compreenda Saúde de uma forma mais ampliada e faça uma clínica ampliada.” (M3)

“Logo que entrei na Residência achei que ser médica de família era ser clínica. Aos poucos fui vendo que é muito mais do que isso... abordar famílias e comunidade, trabalhar com grupos, trabalhar em equipe [...]” (R5)

“A clínica da Saúde da Família é mais ampla, mas não nega a doença. A doença deixa de ser o foco principal. A clínica ampliada vê o paciente como um todo, inserido na família e na comunidade [...]” (R2)

“Do que adianta eu prescrever um anti-hipertensivo de última linha e caríssimo para uma pessoa que vive com menos de um salário?” (R1)

“Chegou uma senhora com queixa de dor lombar, estava tossindo [...] deste encontro descobrimos que toda família estava com tuberculose. Eles vivem em casa de dois cômodos, dormem todos juntos [...]” (E6)

Parte dos profissionais demonstra inquietações e dúvidas sobre seus papéis:

“Sempre escuto falar da clínica ampliada. Mas como colocar em prática? Como não ser engolido pela demanda?” (R1)

“Saber da importância de uma abordagem integral nós sabemos [...] mas é difícil colocar em prática. Nós dentistas tivemos uma formação amarrada na cadeira [...]”

“Falar que o médico é biomédico é até engraçado [...] quando empurram 20 consultas para atendermos em 4 horas [...]” (M6)

3.5.5 Representações sobre o trabalho em Saúde: gestão da clínica

A gestão do processo de trabalho, das necessidades de Saúde da comunidade, das relações entre profissionais entre si e com os usuários e dos serviços oferecidos pelas equipes de Saúde é referida normativamente como:

1. “Gestão de riscos e vulnerabilidades” (WONCA, 2002);
2. “Gerir simultaneamente os problemas tanto agudos como crônicos dos pacientes; gerir problemas múltiplos” (WONCA, 2002);
3. “Utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados” (WONCA, 2002);
4. “Gerir problemas múltiplos” (WONCA, 2002);
5. “Gerir de problemas individuais e comunitários” (WONCA, 2002);
6. “Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho” (PNAB, 2006);
7. “Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnóstico” (WONCA, 2002).

Encontrei nos recortes discursos algumas referências sobre temas de gestão da clínica:

“Gestão da clínica é um caminho. Será que os profissionais se perguntam quantos pacientes hipertensos eles têm?” (E2)

“Se temos muitos pacientes com tuberculose, temos que planejar o atendimento adequado para todos [...]” (E2)

Dentre as competências estabelecidas normativamente para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família destacamos:

1. “Assumir o papel de “advocacia” do paciente” (WONCA, 2002).

Essas atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família são referidas de modo recorrente:

“Conhecer cada paciente, criar vínculos, ser um “advogado” do paciente faz parte das atitudes de um profissional da Saúde da Família.” (R4)

Porém, identifiquei no discurso dos profissionais referências a dificuldades na gestão da clínica:

[...] nossa prática é um quebra-cabeças [...] (E2)

“Ser médico de família é muito mais complexo que imaginei [...] todos os dias me deparo com diversos problemas diferentes, tanto doenças como sintomas vagos, sem explicação clínica.” (R1)

“Tem hipertensos, diabéticos, gestantes, tuberculosos, crianças doentes que estão ali e que precisam ser cuidadas! Precisamos nos programar para dar conta de todos eles.” (E2);

“[...] pergunte para os profissionais se eles sabem quantos hipertensos eles têm em suas áreas [...] a maioria está preparada para tratar a hipertensão, mas, não têm idéia de como gerir os cuidados.” (Ent. 5)

Tais dificuldades geram reflexões sobre a necessidade de “Educação Permanente” para essa demanda de gestão da Clínica:

“[...] aprender como organizar a demanda espontânea para ter fôlego para a demanda programada [...]” (R5)

3.5.6 Representações sobre o trabalho em Saúde: Modelos assistenciais

São constantes, durante os grupos focais e entrevistas, as reflexões sobre o uso de tecnologias e a forma de organização do trabalho profissional, a partir de uma tensão permanente entre modelos assistenciais:

“A demanda espontânea é enorme e muitas vezes dificulta atuarmos na vigilância à Saúde.”(D3).

“É como se na minha unidade convivessem dois modelos assistenciais distintos: a Estratégia de Saúde da Família e os

profissionais dedicados à demanda espontânea e a queixa-conduta [...]” (E5).

Um ponto fundamental na análise dos discursos dos profissionais²⁶ são as propostas de soluções através de sugestões administrativas, relativas ao contexto do serviço de Saúde:

“Se eu fosse gestor compraria mais carros [...] (E2);
“Contrataria maior número de policiais para as unidades de Saúde [...]” (E4).

Também encontrei nos discursos referências a alusões ao entendimento sobre os múltiplos determinantes do processo de Saúde e doença, cuja necessidade de respostas institucionais deveria ter um caráter intersetorial:

“O problema dos bichos de pé, inicia-se nas condições de moradia [...] se essas não forem adequadas, estamos tapando o sol com a peneira.” (R5).

“Temos que buscar parcerias com a família e a comunidade, sozinhos não conseguimos fazer muita coisa.” (E6); “O problema do lixo da comunidade tem que ser resolvido de forma intersetorial[...].” (R1)

“[...] os problemas são tão complexos que cada um deve ter sua fatia da responsabilidade, as famílias, a equipe de Saúde, a gestão [...]”.

26 Reflexões geradas pelo questionamento “Se eu fosse gestor do SUS no município de Fortaleza...”

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O primeiro tema central que emergiu do material discursivo foram as representações sobre necessidades educacionais percebidas pelos profissionais.

Encontrei no discurso dos profissionais manifestações de desejos, interesses, necessidades cognitivas e necessidades sociais de capacitação e formação para atuar na ESF.

Um conceito encontrado na literatura e discutido anteriormente é o de “necessidades cognitivas”. Segundo Miranda (1998), um contexto de crise, de caos tende a levar as pessoas a uma busca, a uma inquietação, a uma indagação, que incidem na produção do conhecimento.

Dificuldades inerentes ao trabalho na ESF, que surgiram na prática (trabalhar com grupos, realizar visitas domiciliares, reconhecer a acessibilidade, etc.) geraram um contexto de crise e este a percepção da necessidade de “Educação Permanente”.

Os interesses indicam um compromisso maior com o real, desta forma, o atendimento de interesses depende de maior capacidade dos atores institucionais para lidar com dados da realidade (CAMPOS, 2000).

Segundo Franco e Merhy (2007):

[...] os trabalhadores estabelecem relações entre si e com o usuário, controlando o processo de trabalho. Este controle lhes dá o extraordinário poder do “fazer”, podendo, assim, operar os serviços de um modo ou de outro, conforme o projeto que considera mais adequado, de acordo com seus interesses, os do usuário e do serviço, possivelmente nessa ordem.

Os profissionais manifestaram interesse de capacitação em diversas áreas da Saúde, dentre elas a Saúde da criança (AIDPI), Saúde ambiental, tuberculose, hanseníase, Saúde da mulher, dentre outras.

O desejo refere-se ao inconsciente, e a sua manifestação ocorre independente da existência de projetos e meios racionais considerados necessários à sua realização (CAMPOS, 2000). Como analisei o discurso de pessoas que além

de profissionais de Saúde, possuem uma história de vida e expectativas, a manifestação de desejos ocorreu de forma recorrente no material discursivo.

Os interesses não estão livres do contexto subjetivo dos indivíduos, logo, existe a possibilidade de contraposição entre interesse e desejo. Tal paradoxo pode manifestar-se por frustrações ou hipoteticamente pelo desinteresse de profissionais a questões e demandas significativas para os serviços, comunidade e “Educação Permanente” desses profissionais, como exposto nos resultados dessa pesquisa. Essa contraposição pode ser considerada como um fator que dificulta o processo de “Educação Permanente”.

As diferentes maneiras dos profissionais se expressarem refletem que as necessidades percebidas são as relações entre desejos, interesses, necessidades sociais e cognitivas percebidas ou impostas a esses atores institucionais. As experiências de vida, a formação como indivíduo e profissional geram um constante movimento de ação, reflexão, ação, indispensável para as escolhas profissionais, “Educação Permanente”, relações com o outro, visão de mundo e do processo Saúde-doença.

Portanto, saliento a recorrência da necessidade percebida pelos profissionais em verem sentido no processo de aprendizagem.

Tais reflexões estão em consonância com Franco e Merhy (2007):

O ator social e político, capaz de conduzir um processo de mudanças a partir do trabalho, são os próprios trabalhadores. Eles detêm o recurso fundamental do conhecimento técnico, mas não apenas da sua formação, mas, sobretudo o que foi adquirido em sua experiência concreta no dia-dia do serviço.

A “Educação Permanente” se baseia na aprendizagem em trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano dos profissionais, dos serviços e das instituições.

Em termos normativos, o resultado do processo de “Educação Permanente” deve ser a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados.

As principais competências referentes à “Educação Permanente” dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família são definidas normativamente.

Ao analisar os discursos dos profissionais constatei que estes compreendem o conceito e *percebem a necessidade* da “Educação Permanente”.

Dialogando com Pereira (2003), que refere ser a Educação e a Saúde espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, constatei que os profissionais da Saúde utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA, 2003).

Os profissionais demonstraram reconhecer suas dificuldades e buscam refletir sobre as mesmas (metacognição). Avalio essa capacidade como um fator favorável para o processo de “Educação Permanente” desses, o que irá resultar em profissionais com competências para atuar na ESF.

A análise expressa a capacidade dos profissionais de trilharem os caminhos da busca do conhecimento, desenvolvendo a capacidade de superar os conteúdos apreendidos na sala de aula e sendo capaz de tornarem-se os responsáveis pela obtenção do seu próprio conhecimento, habilidades e atitudes. Desse modo, o processo de construção do conhecimento e aquisição de competências tende a tornar-se dinâmico e é desenvolvido no decorrer da vida.

Ao analisar o material discursivo, emergiu a categoria temática *representações sobre reflexões sobre a prática*.

Novamente, trata-se da necessidade dos conhecimentos, atitudes e habilidades construídos na prática e através de processos formais de educação fazerem sentido (aprendizagem significativa) para a atuação na Estratégia Saúde da Família.

O segundo tema central que emergiu do material discursivo foi: *representações sobre processos de formação*.

A categoria temática *representações sobre cursos oferecidos aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família* foi incluída nesse tema.

A análise do material discursivo evidenciou que os profissionais percebem a necessidade de tais cursos, desde que estes estejam vinculados à prática e gerem uma aprendizagem significativa.

Portanto, para serem efetivos, os cursos devem ser planejados e oferecidos de acordo com as necessidades epidemiológicas e sociais da população, necessidades percebidas pelos profissionais de Saúde, de forma equânime e universal.

Outra categoria temática que emergiu do eixo *representações sobre processos de formação* foi *representações sobre especialização em Saúde da Família*.

Os profissionais consideram a especialização como um caminho para a “Educação Permanente”.

A necessidade de uma “aprendizagem significativa” emergiu novamente do material empírico, porém, acrescida da percepção de dificuldades por parte dos profissionais na articulação teoria e prática.

A categoria temática *representações sobre Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família* emergiu do eixo *representações sobre processos de formação*.

Os resultados dessa pesquisa foram condizentes com evidências e constatações encontradas na literatura revisada. Por exemplo, referências sobre a Residência Médica, como modalidade de especialização *latu sensu* de pós-graduação sendo considerada como a mais adequada para a formação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (AGUILERA CAMPOS, 2005).

Fatores como a preceptoria em serviço foram identificados como facilitadores do processo de “Educação Permanente” e articulação teoria-prática.

Para analisar esse eixo, retomo a literatura, a qual refere que o avanço na consolidação da Estratégia de Saúde da Família está condicionado, entre outras questões, à possibilidade de se conseguir profissionais de Saúde com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados à proposta.

A prática multiprofissional e interdisciplinar realiza a proposta às equipes e profissionais desafiando a mudança dos processos de trabalho. Entretanto é consenso na literatura que a idealização desse “novo profissional” exige mudanças no campo da formação (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LHANOS; ALMEIDA, 1999; CANDEIAS, 1997; CARVALHO; CECCIM, 2006; GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; SOUZA, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; COTTA *et al.*, 2006; CASTRO, 2007; BARRETO *et al.*, 2006; ATUN, 2001).

Apesar da Constituição, em seu artigo 200 e a Lei 8080/90, atribuírem ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da Saúde, esse preceito não se tem traduzido plenamente numa prática institucional. Foi exaustivamente relatado na problemática desse estudo o descompasso entre graduação em Saúde e necessidades dos profissionais para atuarem na Estratégia de Saúde da Família (FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LLANOS; ALMEIDA, 1999; CANDEIAS, 1997; CARVALHO; CECCIM, 2006; GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; SOUZA, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002; FARIA; VIANA, 2002; MORITA; KRIGER, 2003).

A análise do material discursivo foi condizente com a literatura e revelou a problemática do descompasso entre graduação em Saúde e necessidades dos profissionais para atuarem na ESF. Esse descompasso é gerado pelo fato do enfoque da graduação em Saúde ser predominantemente para o curativo, centrada no hospital e deficiente nas abordagens interdisciplinares, com tendência a uma compartimentação do saber.

Os currículos da graduação em Saúde pouco valorizam a Atenção Básica e dão baixa relevância à concepção de Promoção da Saúde.

Paradoxalmente às necessidades de Saúde da população, as universidades não formam profissionais para atuarem no SUS, especificamente na ESF. Isto vem gerando uma lacuna entre competências que os profissionais adquirem na graduação e competências necessárias para atuarem na Estratégia de Saúde da Família (BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002).

Como referido anteriormente neste estudo, as inovações curriculares, necessárias para formar profissionais alinhados com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família e que incluem expressivas mudanças curriculares, têm sido insuficientes para promover alterações significativas e continuadas na formação de recursos humanos em Saúde (FARIA; VIANA, 2002; CAMPOS; AGUIAR, 2002). Conseqüentemente, os alunos não conseguem ver sentido nas disciplinas de APS oferecidas durante a graduação.

O papel fundamental dos educadores na formação de sujeitos na graduação foi referido, de forma recorrente, no material discursivo.

Os profissionais referem à relevância do papel dos docentes (professores e preceptores) no processo de “Educação Permanente”. Porém, em consonância com a literatura, referem que muitos docentes não estão familiarizados com a ESF, portanto, não possuem competências para facilitar a reflexão sobre uma prática que desconhecem.

Os profissionais referem que apenas após a graduação, através da “Educação Permanente”, começaram a “[...] *ver sentido na Estratégia de Saúde da Família e de nos capacitar para atuar no Programa Saúde da Família [...]*” (E7).

O quarto eixo temático que emergiu do material discursivo foi o de *representações sobre competências dos profissionais da ESF*.

Para ser competente como profissional da Saúde da Família, são necessários quais conhecimentos? Quais procedimentos ou habilidades? Quais atitudes?

Inúmeras controvérsias cercam esse tema de discussão, mas é importante ressaltar que o avanço do reconhecimento e na definição de competências desses profissionais é de suma importância para a sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família.

A categoria temática *representações sobre competências dos médicos de família* emergiu do discurso.

A Medicina Geral e Familiar, no Brasil Medicina de Família e Comunidade, além de ser uma especialidade orientada para os cuidados primários com competências definidas normativamente de investigação científica e clínicas, se conforma como uma disciplina acadêmica e científica com seus próprios conteúdos educacionais (WONCA, 2002).

O Médico de Família e Comunidade atua principalmente²⁷ como integrante das equipes do Programa Saúde da Família “[...], portanto, a gestão da Estratégia de Saúde da Família não pode ser grosseiramente resumida a uma replicação de

27 Os Médicos de Família e Comunidade têm também como campo de atuação a Medicina privada e os “planos de Saúde”

modelos internacionais de Medicina de família [...]” (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Antes de discutir a categoria temática - *representações sobre competências dos médicos de família*- retomo o diálogo com a literatura sobre competências inerentes a essa categoria profissional.

O desenvolvimento crescente de políticas de Saúde direcionadas à APS torna imperativa e urgente à formação de profissionais qualificados para exercerem as práticas de Saúde inerentes à APS e ao SUS (SÁ; BARBOSA NETO, 2008; RIBEIRO; FIUZA; GOMES, 2008).

Presenciamos em pleno século XXI, a revalorização do ser humano, de suas relações interpessoais e de suas emoções. Logo, os médicos de família devem ter competências para enxergar o paciente de forma integral, inserido em um contexto social, cultural, familiar e afetivo. Para isso, os médicos de família devem ter uma formação humanística, sociológica e cultural (SÁ; BARBOSA NETO, 2008).

Ser competente para lidar com a complexidade dos sujeitos e multicausalidade dos problemas de Saúde, necessita a prática de uma clínica ampliada valorizando o trabalho em equipe (RIBEIRO; FIUZA; GOMEZ, 2008).

Na tentativa de sistematizar as competências fundamentais ao médico de família, deve considerar-se que esse profissional deve reunir um conhecimento amplo e profundo da Medicina Interna e do manuseio das principais patologias da clínica médica.

A Clínica faz parte historicamente da prática dos profissionais de Saúde e apesar das críticas tecidas ao modelo biomédico hegemônico seria limitado negar a relevância da clínica no processo Saúde-doença.

Negar a ciência, ao invés de enxergá-la de forma ampliada é um retrocesso gerado por uma luta de influência entre saberes e interesses. Porém, concordo com

Campos (2003) que “[...] é com toda essa multiplicidade de determinantes que se constroem valores de uso²⁸ e necessidades sociais.”

Refletindo sobre o tema, Campos (2003) questiona “[...] como produzir Saúde para os Sujeitos portadores de qualquer enfermidade sem considerar também o combate a semelhante enfermidade?” Esse autor sugere buscar-se uma nova dialética entre Sujeito e doença. Nem a antidialética positivista da Medicina que desconsidera qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta em outro extremo: “[...] a doença entre parênteses, como se não existisse e perturbasse o bem estar dos Sujeitos” (CAMPOS, 2003).

Segundo Chacra (2000) “A clínica precisa ser muito mais do que um profissional fazendo diagnósticos [...]”, porém, negar a clínica seria negar uma parte da realidade. Um paciente (cliente, usuário) que procura o serviço de Saúde com doenças, sinais ou sintomas como amigdalite bacteriana, furunculose, hipertensão arterial, tuberculose, dor, climatério, DST²⁹, etc. necessitam ser abordados de forma humanizada, integral e tecnicamente correta.

A categoria temática representações sobre as competências dos cirurgiões-dentistas da Saúde da Família surgiu da análise do material discursivo.

A análise do discurso dos profissionais de Odontologia refere de forma recorrente as dificuldades inerentes *ao início* de seu trabalho na ESF. As dificuldades percebidas no início da prática revelam lacunas entre formação desses profissionais e competências necessárias ao trabalho na ESF.

Segundo Sanchez, Drumond e Vilaça (2008) essa aparente inadequação das competências do profissional da odontologia para atuar na Estratégia de Saúde da Família pode ser explicada pela formação odontológica universitária ser muito deficiente em relação às disciplinas que tratam do aspecto social e preventivo, levando em muitos casos, ao desinteresse do futuro profissional para com elas.

A consequência, para os mesmos autores, é a enorme dicotomia existente entre o que ensinam nas Universidades e a realidade que os profissionais

28 Segundo Campos (2003) o valor de uso é a capacidade potencial de atender às necessidades sociais e que tem função de controle social.

29 Doença sexualmente transmissível

encontram no seu dia-dia (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008; FONSECA; SEIXAS, 2002). Reafirmando segundo Campos e Aguiar (2002) o descompasso e incoerência entre a graduação em Saúde e a demanda do SUS por profissionais generalistas competentes para atuar na Atenção Básica à Saúde (ABS) (CAMPOS; AGUIAR, 2002).

Dentre as categorias estudadas, os cirurgiões dentistas foram os que expressaram maior dificuldade para uma abordagem integral e ao trabalho em equipe multiprofissional.

A inserção do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família ampliou os postos de trabalho para a categoria, atraindo um significativo contingente de profissionais, em um momento histórico de dificuldades para os cirurgiões-dentistas que enfrentam um mercado de trabalho saturado nos grandes centros urbanos (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008). Mais uma vez as necessidades percebidas podem sofrer grande influência das necessidades sociais e dos interesses em detrimento dos desejos.

Surgem então, as seguintes questões: quais são as experiências educativas que os alunos de odontologia devem vivenciar para se graduar com competências mínimas para atuarem na ESF? Os projetos pedagógicos estão adequados para esta formação? Apenas para exemplo, a capacidade de liderança e de trabalhar em equipe multiprofissional, expressadas como competências necessárias ao cirurgião dentista pelas DCN (2002), necessitam de algumas habilidades que só podem ser desenvolvidas em oportunidades práticas.

Não basta dizer que se espera que o profissional de odontologia seja capaz (inicialmente) de assumir a liderança e trabalhar em equipe multiprofissional. Ele tem que ter tido durante a sua formação oportunidades concretas para desenvolver esse papel.

Os cirurgiões dentistas referem nos discursos que as reflexões sobre problemas da prática e necessidades sociais geraram o aprendizado para atuarem nas equipes de Saúde da Família.

No entanto, percebi que os cirurgiões dentistas, apesar da deficiência na graduação para uma formação integral e voltada para comunidade, adquiriram

diversas competências necessárias para atuação na Estratégia Saúde da Família através de sua prática no dia-dia. Retomei dessa maneira a categoria *reflexão sobre a prática*. Através da reflexão sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família esses profissionais reconheceram que não basta a racionalidade técnica e o conhecimento biomédico, além disso, eles precisam incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios e superar as deficiências do modelo de atenção até então hegemônico.

Dialogando com Sanchez, Drumond e Vilaça (2008), esse trabalho confirma que para que o cirurgião-dentista assuma seu compromisso como profissional de Saúde, assumindo o conceito ampliado de Saúde e contribua para a melhoria das condições de vida da comunidade, sua formação profissional deverá resgatar o caráter coletivo da prática odontológica, com consequente capacitação de profissionais para atuar na Estratégia Saúde da Família (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008). Porém, a “Educação Permanente” de profissionais graduados inseridos na ESF, que vêem sentido naquilo que fazem, também mostra-se eficiente para formação de cirurgiões-dentistas competentes.

A categoria temática *representações sobre as competências dos enfermeiros da Saúde da Família* surgiu do material discursivo.

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN) foram aprovadas pelo Ministério da Educação em 2001. A implantação da DCN estabeleceu e normatizou as competências a serem desenvolvidas no processo de formação do enfermeiro.

A DCN tem sido assumida como estratégia potente para redirecionar a formação dos profissionais de Enfermagem, estabelecendo um marco estruturante na construção de um novo paradigma para a educação de Enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de Saúde da população (SILVA; SENA, 2008).

O *cuidado* faz parte tradicionalmente da atuação do profissional da Enfermagem. Através da análise dos discursos observei que os profissionais possuem competências definidas normativamente para exercer o *cuidado*.

A integralidade do cuidado é definida normativamente como competência inerente ao profissional da Enfermagem que atue na ESF.

Porém, segundo o discurso dos profissionais, até ingressarem na ESF, o cuidado não era integral e contínuo.

A construção da integralidade do cuidado apresenta-se como perspectiva no reconhecimento das necessidades percebidas.

Segundo Silva e Sena (2008), essas reflexões parecem ser determinantes de um projeto político para a Enfermagem brasileira e a assume enquanto práxis de relações, redefinindo fazeres e saberes: “Singularidade pelo fato de sermos diferentes; subjetividade pelo fato de sermos os outros, ou seja, por nos constituirmos de relações e experiências que são construídas a cada dia [...]”

A Enfermagem enfrenta, no conjunto das práticas em Saúde, o desafio de formar e capacitar profissionais para uma nova forma de produzir serviços de Saúde e cuidado com resolubilidade e qualidade e que se apropriem adequadamente dos espaços, instrumentos e agentes dos dois campos de saberes, Clínica e Saúde Coletiva, e de outros saberes como a antropologia, a sociologia, a psicologia e que tenha como finalidade a integralidade do cuidado.

Dentre o eixo *representações sobre competências dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família* emergiu a categoria temática *representações sobre competências inerentes às diretrizes e princípios da Atenção Primária à Saúde*.

A atenção ao primeiro contato (“porta de entrada”) consiste no primeiro atributo da APS (STARFIELD, 1988). A atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacitação da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção) (STARFIELD, 1988).

É referido normativamente o conhecimento, habilidades e atitudes para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e serviços de Atenção Primária à Saúde serem o primeiro contato com o sistema de Saúde, porém, a análise do material discursivo revelou dificuldades inerentes à atuação dos profissionais na porta de entrada do sistema de Saúde.

Observei, também, referências a co-relação entre ser “*porta de entrada*” e o acolhimento. Os profissionais referem dificuldades em realizá-lo, demonstrando necessidades de adquirirem conhecimentos, habilidades e atitudes para esse.

A *longitudinalidade*³⁰ pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 1998).

Ao analisar o material discursivo observei que existe a compreensão sobre a *longitudinalidade* e a interpretação dessa estratégia organizativa como facilitador do processo de trabalho e potencializador da capacidade - desempenho da ESF. Porém, a articulação teoria/prática, ou seja, conhecimentos/atitudes e habilidades foi detectada como problema a ser superado.

“Coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum” (STARFIELD, 1998).

A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades do presente atendimento. A coordenação deve ocorrer entre diferentes níveis de atenção e entre os serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais da APS (STARFIELD, 1998).

De acordo com os resultados dessa pesquisa, os profissionais entendem que ter competências para coordenar o cuidado seja necessário para a atuação na ESF, porém, habilidades e atitudes para exercê-la foram referidas como dificuldades.

Portanto, os profissionais que participaram do estudo demonstraram possuir conhecimentos sobre os princípios da APS. Porém, habilidades e atitudes para implementá-los na prática do SUS foram referidos como nós críticos.

Os profissionais relataram problemas inerentes à estrutura - “[...] *faltam consultórios e não temos carro todos os dias, ai fica difícil acolher todas as demandas.*” (D3); e ao processo de trabalho - “*A demanda espontânea é enorme! Não conseguimos dar vazão nem as pessoas que procuram por demanda espontânea, quanto mais o atendimento programado*” (M4).

30 A longitudinalidade compõe o que Starfield (1988) chamou do segundo elemento estrutural da APS

Outra categoria temática que emergiu dentre o eixo *representações sobre competências dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família* foi: *representações sobre competências inerentes às diretrizes e princípios do SUS e ESF*.

A Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica do Ministério da Saúde³¹ criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa portaria define que a Estratégia de Saúde da Família é estruturante do SUS e modelo de organização da Atenção Primária à Saúde. A decisão de se implementar a Estratégia de Saúde da Família foi coerente com os princípios doutrinários³² e diretrizes organizativas³³ do SUS de alcançar a universalidade de acesso, equidade, integralidade de atenção à Saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à Saúde dos municípios (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Logo, os profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família devem ter conhecimentos, habilidades e atitudes condizentes com um conceito ampliado de Saúde³⁴ e os perfis e demandas definidos normativamente para o SUS e ESF.

Alguns dos princípios doutrinários que conferem legitimidade ao sistema são: *a universalidade, a integralidade e a equidade, participação social*, porém o *direito a informação* se constitui em requisito básico para a afirmação da cidadania (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à Saúde (AGUILERA CAMPOS, 2003). A integralidade requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população. A integralidade pressupõe considerar as

31 Portaria aprovada pela Comissão Intergestores Triparte em fevereiro de 2006

32 Por princípio entende-se a origem, o começo; proposições diretoras de uma ciência, as quais todo o desenvolvimento posterior dessa ciência deve estar subordinado.

33 Linha reguladora do traçado de um caminho ou de uma estrada, conjunto de instruções ou indicações para se levar a termo um plano

34 Segundo a OMS *Saúde* significa o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Segundo o Art. 196 da Constituição Brasileira (1988) *Saúde* é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação.

várias dimensões do processo Saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (VASCONCELOS; PACHE, 2006; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; CAMPOS, 2003).

A análise revela que os profissionais percebem a necessidade de integralizar suas ações.

Ao assumirem o sentido da necessidade de compreender a integralidade do cuidado, os participantes da pesquisa remetem a uma abordagem nas práticas em Saúde que valoriza a dimensão subjetiva e que implica construir um modelo de atenção e de ensino que reconheça o singular, sem desprezar o coletivo e que seja centrado na pessoa que recebe o cuidado. Essa abordagem requer preocupações, por parte destes, com aspectos sociais, culturais e econômicos da população adscrita (ANDRADE *et al.*, 2006).

Porém, apesar da compreensão sobre a necessidade de integralizar suas ações, os profissionais manifestam dificuldades para implementá-lo e percebem necessidade de capacitar-se para isso.

A *universalidade* assegura o direito à Saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações e serviços de Saúde ofertados pelo SUS (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

A base territorial proposta para a ESF, se considerar apenas o território-estático definido burocraticamente em áreas e microáreas, contrapõe-se ao princípio da *universalidade*. Essa reflexão foi encontrada no discurso dos profissionais.

Os profissionais compreendem o princípio da *universalidade*, mas, referem dificuldades de exercê-lo devido ao excesso de demanda e cobertura insuficiente da Estratégia de Saúde da Família no município de Fortaleza.

A *equidade*, prevista no texto legal, justifica a prioridade da acessibilidade à ações e serviços pelos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Competências inerentes à equidade são definidas normativamente para os profissionais da ESF.

Além da referência ao princípio da equidade pelos profissionais observei referências às dificuldades inerentes a interpretação dos conceitos de risco e vulnerabilidade e a gestão do processo de trabalho para tratar diferentemente os desiguais.

O *direito à informação* é assegurado por lei e outorga ao cidadão usuário o domínio das informações sobre a Saúde individual e dos riscos e dos condicionamentos que afetam a Saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilização pela viabilização desse direito (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Ao analisarmos as competências definidas normativamente para os profissionais de nível superior implicados na Estratégia de Saúde da Família observamos que a comunicação faz parte do escopo de competências definidas para os profissionais. A comunicação referida na norma requer competências para ser acessível, de escuta qualificada e competências para efetivar o *direito à informação*.

Não identifiquei referências ao *direito à informação*.

Os profissionais que participaram do estudo demonstraram ter conhecimentos sobre os princípios e diretrizes do SUS, porém, referiram dificuldades para efetivar tais princípios no “*SUS real do posto de Saúde cheio [...]*”. Novamente a realidade contrapõe-se a teoria gerando desconforto para os atores envolvidos. Esse desconforto pode e deve ser o catalisador de reflexões que irão gerar ações visando transformar os problemas em soluções e a “Educação Permanente” deve ser um dos caminhos para esse fim.

A categoria temática *representações sobre a abordagem comunitária e participação social* emergiu do material empírico.

No que concerne às propostas do SUS, o incentivo à auto-responsabilidade e à participação da comunidade no planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária à Saúde são condições indispensáveis para que ocorra

a otimização da atenção à Saúde no Brasil. WHO (1976) *apud* Andrade, Barreto e Bezerra (2006) destaca o papel fundamental da Estratégia Saúde da Família na organização dos processos de participação popular e sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A diretriz constitucional da participação comunitária se traduziu na criação das conferências e conselhos de Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal, como mecanismos de viabilização do controle social³⁵ na condução da política de Saúde. A Lei 8.142, que regulamenta a participação popular, assegura a participação paritária nessas instâncias, nas quais os usuários têm assegurado 50% da representação e os gestores e profissionais e prestadores de Saúde têm assegurados os outros 50%. Os conselhos de Saúde têm caráter permanente e atribuição de deliberar e fiscalizar as políticas de Saúde em cada âmbito do governo (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O desempenho e impacto das ações dos conselhos de Saúde estão condicionados pela organização da sociedade civil em cada contexto e pode ou não exercer as prerrogativas que lhe são atribuídas em lei. Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), em muitos municípios ocorre manipulação política em sua composição e funcionamento, comprometendo sua estratégica representatividade para o funcionamento do SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Comunidade representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contigüidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e famílias e dependência³⁶ comum dos mesmos equipamentos sociais e governamentais (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2006).

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), *valor* é definido como o princípio social, objetivo ou padrão de comportamento apoiado ou aceito por um indivíduo, classe ou sociedade, que provê uma base moral para as políticas e programas que se planeje em nome do interesse público (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Em relação *aos valores* de um sistema centrado na APS e tendo como a Estratégia

35 Participação popular no planejamento e na avaliação das ações de governo

36 Segundo Campos & Campos (2006) a dependência seria re-interpretada como co-produção de autonomia (Campos & Campos, 2006)

de Saúde da Família como norteadora, a abordagem do indivíduo, inserido em uma família e esta em uma comunidade é uma competência necessária aos profissionais da ESF.

Atuar na perspectiva da participação social e a abordagem comunitária são definidas normativamente como atribuição dos integrantes das equipes de Saúde da Família.

A necessidade gerada pela função de implementar e trabalhar em equipes do Programa Saúde da Família, pode ter induzido os participantes do estudo a perceberem a necessidade de aprendizagem sobre a abordagem comunitária e participação social.

Porém, ao analisar os discursos observei que novamente a percepção de que formação dos profissionais não foi suficiente para gerar competências fundamentais para o trabalho em Saúde da Família. Como um discente poderá aprender a “[...] desenvolver liderança [...]” (DCN, 2001) e trabalhar com a comunidade sem exercer tais habilidades e atitudes?

A categoria temática *representações da regionalização e o território* também foi evidenciada.

Dialogando com a literatura reflito que a organização da vida do Homem nos grandes núcleos urbanos, trouxe novas variáveis interferentes à Saúde individual e coletiva. As aglomerações geraram resultantes que determinam à necessidade de um planejamento do setor Saúde que responda à organização do coletivo e que compreenda a Saúde como forma de manter a integralidade dos indivíduos neste conjunto coletivo.

A *descentralização*, como diretriz organizativa e a *regionalização* surgem como necessárias ao processo de consolidação do SUS.

A *regionalização* fundamentou-se em um tripé conceitual que compreende: *cidadania* enquanto apropriação consciente de direitos e busca coletiva da

ampliação desses direitos; *território*³⁷ enquanto território-processo onde se constrói por aproximações sucessivas o espaço social e a *organização dos serviços* que se faz para promover, proteger e tratar a Saúde da comunidade onde o processo Saúde-doença é socialmente determinado (RIBEIRO, 1995).

O processo de identificação e descrição dos territórios-processo e comunidades onde as Estratégia Saúde da Família atuam é denominado “*territorialização*” e/ou “*reconhecimento de território*” e “*adscrição da clientela*”, os quais permitem melhor compreensão das microáreas de risco, da demografia do território, das condições de moradia, das relações entre os grupos, das desigualdades sócio-econômicas, do acesso às unidades de Saúde, dos recursos comunitários como escolas, creches, dentre outros.

Segundo os profissionais, a aprendizagem sobre o território ocorre na prática (práxis) e é um processo contínuo. Os discursos revelaram críticas aos processos de territorialização estática, que não leva em conta as necessidades da comunidade.

Tais reflexões demonstram que os profissionais já se apropriaram do conceito de território dinâmico, vivo, que faz parte do trabalho das equipes de Saúde da Família.

A categoria temática *representações sobre a abordagem à família* também foi realçada.

Entender Saúde dentro de um conceito ampliado, como resultado de interações complexas de determinantes biológicos, físicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, enfatiza a unicidade dos vários níveis de organização do homem: como indivíduo, como parte de uma família e como ator social que participa ativamente de uma comunidade. Essa visão sistêmica caracteriza o processo Saúde-doença como uma ordem dinâmica de partes e processos que permanecem em permanente interação recíproca.

37 O território é entendido como o espaço onde vivem os grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre Saúde e doença, de família, de sociedade, etc. (CAMPOS, 2003).

Uma visão holística do processo Saúde-doença, abordando os problemas, incluindo todas as suas conexões importantes, faz-se necessário que as equipes de Saúde encarem a família do paciente como contexto problema e/ou recurso terapêutico. O reconhecimento desse contexto permite aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família que não vejam os problemas de Saúde com eventos isolados e sim, como resposta às crises vitais, estresse, hábitos de vida inadequados, disfunções familiares (FIÚZA; AGUIAR; GOMES, 2008).

O trabalho em Saúde da Família deve considerar a família como lócus básico de atenção. A compreensão da rede social na qual está inserida a família permite ao profissional da Estratégia Saúde da Família vislumbrar os apoios e as crenças da família. Facilita a identificação das pessoas-chave para apoio e em que universo cultural estará interagindo com o paciente e sua família (FIÚZA; AGUIAR; GOMES, 2008).

Identifiquei discursos com referências sobre a necessidade de educação para a abordagem sistêmica às famílias. Essa necessidade surge muitas vezes de reflexões sobre a prática do trabalho em Saúde da Família. Porém, os profissionais expressam claramente a deficiência na formação para a abordagem familiar e a necessidade de “Educação Permanente” para essa.

Representações sobre a abordagem centrada na pessoa surgiram como categoria temática.

O conceito de Medicina centrada na pessoa, estendido nesse estudo como a abordagem do profissional da Saúde da Família centrada na pessoa, propõe desafios na maneira de se pensar e atuar como profissionais de Saúde.

A abordagem centrada na pessoa leva em consideração o modelo biopsicossocial de abordagem do processo Saúde-doença, o qual não considera a doença apenas em seus aspectos biológicos. Esses entendem o processo Saúde-doença como resultado de um complexo composto pelos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais.

Em segundo lugar, questiona a ideologia do profissional de Saúde autoritário, paternalista e detentor absoluto do conhecimento frente ao *paciente* passivo, dependente e que não participa das decisões sobre seu corpo e sua vida.

Essas premissas aparecem nos discursos dos participantes da pesquisa que revelaram aprender significativamente a reconhecer o ser humano biopsicossocial, como sujeito do cuidado.

Segundo a WONCA (2002), existem competências essenciais para uma abordagem centrada na pessoa: Aspectos de contexto, aspectos de atitude e aspectos científicos.

Em se tratando dos *aspectos de contexto*, o diagnóstico tradicional descreve e classifica um conceito abstrato, no qual a *doença* se resume apenas à patologia (disease), sendo, portanto, um diagnóstico centrado na enfermidade. Balint *et al.* (1950) *apud* Vargas (2005) propuseram uma nova abordagem diagnóstica que abrangesse, além da patologia, as relações interpessoais do paciente, inclusive a relação médico-paciente e os sentimentos desse frente ao processo Saúde-doença (*illness*³⁸) (VARGAS, 2005).

Por outro lado, segundo Vargas (2005), os profissionais de Saúde identificam *problema de Saúde* com a enfermidade. A enfermidade deste ponto de vista é uma alteração no funcionamento biológico do organismo (VARGAS, 2005).

Observei referências quanto às dificuldades de alguns profissionais e competências de outros na realização de um diagnóstico centrado na pessoa e a valorização da *illness*.

A relação profissional de Saúde-paciente implica diversos componentes: cuidado, sentimentos, confiança, poder e sentimento de propósito. Percebendo a necessidade dessa abordagem, os profissionais referiram a necessidade de terem competências para uma relação profissional-paciente mais efetiva.

Representações sobre *aspectos de atitude* da abordagem centrada na pessoa significam que o profissional deve:

1. “Estar consciente da interação recíproca entre trabalho e vida privada, esforçando-se em atingir um bom ponto de equilíbrio entre os dois” (WONCA, 2002).

Reflexões sobre a competência acima foram destacadas exclusivamente nos participantes do sexo feminino e desencadeadas pela maternidade e/ou desejo de ser mãe. A necessidade, de durante um período da vida, dedicar maior tempo e atenção à prole e a família, com isso reduzindo quantitativamente o tempo dedicado ao trabalho e a formação profissional foi amplamente discutido nos grupos focais. Não houve relatos sobre o tema nas entrevistas em profundidade.

A análise não evidencia angústias ou arrependimentos quanto à *opção de ser mãe*. Porém, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, intensificada nas últimas décadas do século passado, tende a gerar conflitos caso as famílias não estejam “preparadas” para essa etapa do ciclo de vida.

Encontrei aqui um nó crítico na “Educação Permanente” dos profissionais inseridos na ESF, particularmente nas profissionais do sexo feminino. A carga horária semanal para dedicação à Estratégia de Saúde da Família é normativamente estabelecida como 40 horas. Novamente desejos, interesses e necessidades podem vir a se contrapor, uma vez que, as relações familiares também requerem dedicação de tempo. A qualidade das relações é fundamental, mas a quantidade de tempo para “estar com”, “fazer com”, “viver com”, “amar com” também tem peso substancial na qualidade das relações familiares.

Tomei como exemplo o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), considerado pela literatura como padrão ouro para formação do MFC, cuja carga horária semanal é 60 horas. Desejar realizar a Residência, ter interesse em realizar a Residência muitas vezes pode ser dificultado pela carga horária. Essa reflexão nos remete a necessidade de existirem outros caminhos para “Educação Permanente” dos profissionais, principalmente aqueles já inseridos na ESF.

Finalmente, dentre as competências essenciais para uma abordagem centrada na pessoa: os *aspectos científicos*.

Dentre os participantes da pesquisa, muitos já realizaram Mestrado e outros cursos de especializações. Esses participantes demonstraram a capacidade de acessar, ler e avaliar a literatura de forma crítica. Porém, não houve referências à pesquisa em APS.

Dentre o eixo *representações sobre o trabalho em Saúde* emergiu a categoria temática- *representações sobre o conflito inerente à Estratégia de Saúde da Família em um grande centro urbano*.

Os resultados desta pesquisa expressaram que os profissionais que exerceram suas atividades na Estratégia de Saúde da Família em municípios do interior do estado do Ceará e estão atualmente trabalhando em equipes da capital (Fortaleza) referiram perceber diferenças entre a atuação nesses e na capital. Relataram de forma recorrente que atuar em um grande centro é “[...] mais difícil, mais angustiante e pior, mais perigoso [...]” (E5)

A implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em um grande centro urbano é um desafio. A decisão política, no município de Fortaleza, foi baseada nos resultados de desempenho insuficiente do sistema de Saúde municipal até então com coberturas insuficientes e desiguais, do ponto de vista territorial, das ações de Atenção Primária à Saúde, com reflexos em todos os demais espaços da rede de cuidados progressivos. A análise situacional realizada pela atual gestão identificou que da população total do município de 2.300.000 habitantes, aproximadamente 1.950.000 cidadãos estavam em situação de maior vulnerabilidade e que necessariamente deveriam ter acesso à Atenção Primária à Saúde.

Como já referido nesse estudo, as demandas da sociedade para com a área e o setor de serviços de Saúde aumentaram e ficaram mais complexas. Segundo Capistrano (1995):

Administrar o confronto entre o país real, do desemprego, da fome, da falta de quase tudo na quantidade necessária, e o país ideal, dos que acreditam um dia num salto mágico para padrões primeiro-mundistas, é tarefa extremamente difícil nas cidades.

Os problemas enfrentados pelas equipes de ESF que atuam em grandes cidades são complexos e segundo Martim (2000), problemas complexos comportam uma série de fatores interligados e interdependentes (MARTIM, 2000 *apud* ANDRADE, 2002). Andrade (2002) propõe que tais problemas sejam abordados mediante as práticas e saberes intersetoriais, com base nos problemas complexos e concretos que a realidade dos grandes centros apresenta (ANDRADE, 2002).

As dificuldades e contradições de atuar no processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família em um grande centro estão referidas nos discursos dos profissionais.

Mais uma vez, encontrei nos discursos a contraposição entre desejos, interesses e necessidades: contraposição entre a Estratégia de Saúde da Família almejada com a “[...] Estratégia de Saúde da Família da vida real [...]” (E3).

Emergiu do material discursivo a categoria temática *representações sobre o conflito gerado pela violência urbana*.

Eu percebi o quanto às questões decorrentes da dinâmica histórico-social de um grande centro urbano influenciam as necessidades de educação percebidas pelos profissionais. A pobreza, a desigualdade social, as drogas e a violência urbana se potencializam através de um *feedback* cruel e positivo, o que Campos (2007) denominou de um “fluxo maluco e contraditório de informações, com essa ciranda perversa de destruição de valores penosamente construídos”, influenciando nas atividades profissionais e necessidades de formação percebidas por esses, conforme sobressaiu no material discursivo.

Léon (2002) refere:

Na América Latina não há guerras nesse século XXI, mas as mortes por violência causam tantos homens mortos e produzem tantas mulheres viúvas e deixam tantas crianças órfãs como as guerras que ocorrem em outros locais do planeta... Na América Latina encontramos mais mortes na calma da paz que na tormenta da guerra.

Texto da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1999), referido por Léon, refere que a violência é a primeira causa de morte entre pessoas jovens e produtivas com idade entre 15 e 44 anos, nos países da América do Sul (LÉON, 2002).

A violência referida nos discursos acima se trata de uma violência que pode ser classificada como social, por expressar conflitos sociais e econômicos, mas não políticos, pois, não tem o objetivo do poder. Trata-se de uma violência que ocorre principalmente nas grandes cidades e, sobretudo nas regiões mais pobres, segregadas e excluídas (LÉON, 2002).

Um aspecto muito significativo da violência urbana é que ela ocorre principalmente entre os pobres e nas grandes cidades. Segundo Léon (2002) as classes média e alta vêem os pobres como uma ameaça e sentem-se como vítimas da violência. Mas essa verdade é parcial. A classe média realmente sofre com a violência urbana, mas são os pobres quem mais padecem da violência, principalmente a violência mais intensa e letal. (LÉON, 2002).

Segundo Léon (2002) as principais causas dessa violência urbana são o empobrecimento da população, a desigualdade social e econômica, o desemprego e a exclusão escolar (LÉON, 2002), sendo essa problemática evidenciada nesta análise.

A maioria dos profissionais que participaram dos grupos e entrevistas vive em bairros de classe média alta e provém de famílias da classe média³⁹. Logo, deixam suas residências em áreas nobres da cidade e inserem-se na periferia, onde ocorre a violência de forma explícita, gerando grande angústia nesses profissionais. É como se a realidade da violência urbana, até então encoberta parcialmente, se manifestasse de forma explícita frente a eles. A percepção da violência urbana, até então “distante” foi manifestada em discursos que revelaram sentimentos como medo, impotência e ansiedade.

A categoria temática *representações sobre o conflito gerado pelo trabalho das equipes com as drogas* emergiu do material discursivo.

O uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas se tornou um problema de Saúde pública nos últimos anos; devido ao aumento de sua prevalência e os graves efeitos na Saúde individual e coletiva; também por suas conseqüências sociais, familiares e trabalho. Na América Latina a produção, tráfico e consumo de drogas gera violência e problemas sociais que se agregam à problemas históricos (CASTILLO; CAUFIELD; MEZA, 2005; LÉON, 2002).

O uso e abuso de drogas e suas conseqüências são referidas como problemática imposta às equipes de Saúde. Os profissionais referem o uso e abuso

39 Segundo informações colhidas em questionário estruturado aplicado antes dos grupos focais e entrevistas

de drogas como uma “doença” e refletem sobre a abordagem aos pacientes e famílias envolvidas nessa problemática.

Riscos e vulnerabilidades inerentes dessa questão surgem como problemática a ser enfrentada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família: promiscuidade sexual, início precoce da vida sexual, atividade sexual desprotegida, prostituição, negligência para com as crianças, problemas familiares, abandono e maus tratos de idosos, evasão escolar, dentre outros.

A reflexão sobre a prática gerou a percepção sobre a necessidade de “Educação Permanente” em Saúde sobre o tema uso e abuso de drogas.

A categoria temática - *representações sobre o trabalho das equipes com situações de crise/caos*- emergiu do material discursivo.

O trabalho em Saúde em situações de crise e caos leva os profissionais a refletirem sobre a dinâmica da sociedade e ao paradigma de um conceito ampliado de Saúde, pois, segundo Campos (2007), “[...] a Saúde é um campo comprometido com a realidade e não há como fugir ao contexto ou história.”

Trata-se da ampliação da consciência sobre as conseqüências perversas da desigualdade social, que vulnerabiliza indivíduos, famílias e comunidades.

Retomo novamente a reflexão sobre a prática. Nesse caso, a vivência na Estratégia de Saúde da Família tende a provocar a reflexão por parte dos profissionais, sobre aspectos sociológicos, econômicos, antropológicos e culturais, que direta ou indiretamente influem no processo Saúde-doença.

A categoria temática profissionais de saúde também emergiu do material empírico.

Os recursos humanos são atores e todo *ator* tem poder, segundo os recursos que controla, e pode partir de seus problemas e recursos, construir planos de ação para disputar seus projetos (MATUS, 1987 *apud* RIMOLI, 2007).

Esta definição foi para mim (atora da ESF) bastante apropriada. Escrevo esta reflexão partindo do princípio que o pertencer às equipes e “[...] atuar na frente do sistema e diretamente com a comunidade [...] (R2) geram reflexões que podem levar

ao planejamento de ações estratégicas para atuar positivamente no processo Saúde-doença da comunidade.

As categorias temáticas intersetorialidade e multiprofissionalidade emergiram do material discursivo.

A Saúde, no contexto institucional que norteia a Estratégia de Saúde da Família é percebida e concebida como um objeto complexo, cuja construção requer uma abordagem transdisciplinar⁴⁰, intersetorial⁴¹ e multiprofissional⁴².

Atuar multiprofissionalmente significa romper o modelo centrado no trabalho individual. Propõe o trabalho em equipe, onde se propõe compartilhar o planejamento, a divisão de tarefas, aprender a cooperar e colaborar (MORITA; KRIGER, 2003).

Nessa ótica, a Estratégia de Saúde da Família é trabalhada sob duas dimensões: a primeira surge como produto do esforço de um serviço local na apreensão e satisfação máxima das necessidades de uma comunidade através do trabalho em equipe multiprofissional; a segunda refere-se à articulação de cada serviço de Saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços não necessariamente no setor da Saúde (BUDÓ *et al.*, 2007).

Competências para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar são contempladas nas necessidades definidas normativamente para a APS e ESF.

Analisando os resultados deste estudo observei que os profissionais compreendem o conceito, importância e necessidade do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Porém manifestaram dificuldades inerentes à

40 A abordagem na Estratégia de Saúde da Família deve ser transdisciplinar pelo fato da Saúde ser produzida socialmente, inserindo em seu processo de produção múltiplas dimensões requerendo, portanto, a incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento.

41 A abordagem na Estratégia de Saúde da Família deve ser intersetorial por necessitar da intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos determinantes da Saúde, no sentido de transformação positiva do processo Saúde-doença

42 A abordagem na Estratégia de Saúde da Família deve ser multiprofissional por requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde, cuja atuação conjunta deverá potencializar a integralidade da atenção à Saúde

habilidade e atitudes para exercê-lo com sucesso e a necessidade de capacitação para esse.

A interpretação do material discursivo mostra contradições sobre o trabalho com outros profissionais do cuidado primário. Relatam dificuldades de comunicação com os demais níveis de atenção à Saúde.

A categoria temática *clínica ampliada* emergiu do material discursivo.

Segundo Starfield (1998): “A variedade de tipos de problemas de Saúde na APS é muito maior do que em outros níveis de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenção.”

Esses problemas complexos exigem na prática a construção de um “novo campo de saber” comum a todas as categorias da Estratégia de Saúde da Família (ANDRADE *et al.*, 2006).

Campos (2007), dialogando com autores como Sartre (1963), Amarante (1996) e Basaglia *et al.* (1985) refere que a reforma da clínica moderna deve sentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade. A partir dessas reflexões propõe uma Clínica do Sujeito, ampliada, que é centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências (CAMPOS, 2007).

Segundo Campos (1994, 2000) referido por Campos e Campos (2006), a *autonomia* consiste um dos objetivos e finalidades centrais da clínica e da Saúde coletiva. Além de produzir Saúde também caberia ao sistema de Saúde contribuir para ampliação do grau de autonomia das pessoas. A adoção dessa diretriz exige a redefinição do “objeto” do trabalho em Saúde, valorizando o “sujeito” e sua singularidade (CAMPOS; CAMPOS, 2006). Para tal abordagem a clínica da integralidade, que valorize o sujeito e seu contexto deve ser ampliada, abrangente, intersetorial, multifacetada.

Retomando a reflexão sobre a integralidade do cuidado:

Segundo Chacra (2000):

Não é mais possível exercer uma clínica exclusivamente médica, de Enfermagem, fisioterápica, ou psicológica; quando se está em contato com as necessidades de Saúde de uma população ou comunidade. A clínica precisa ser muito mais do que um profissional fazendo diagnósticos de doenças, prescrevendo ou administrando medicamentos, orientando normas de vida, exercícios físicos, interpretando comportamentos, solicitando ou colhendo exames. Em outras palavras, faz-se necessário repensar-se a clínica quando se está em contato tão próximo das adversidades da vida e das pessoas, de suas famílias e suas comunidades. Torna-se necessário compreender o todo dos sujeitos, a singularidade de suas vidas e de suas famílias e sua realidade social e comunitária.

Portanto, a necessidade de formação de profissionais para atuarem na perspectiva de uma clínica ampliada é referida normativamente.

Em relação a necessidades dos profissionais de Saúde adquirirem saberes constitutivos do modelo de atenção que inclua a clínica ampliada como vertente fundamental, os participantes da pesquisa afirmam que anseiam compreender um conceito ampliado de Saúde e que, para alcançá-la, não basta o conhecimento biológico. É preciso avançar incorporando conhecimentos das culturas das populações, da organização político-econômica e da influência que essas questões exercem sobre o processo Saúde-doença.

Entretanto, segundo Campos (2007), tratar-se-ia de ampliação, não de troca. O objeto a ser estudado seria um composto resultante de uma síntese dialética entre o Sujeito e a Doença (CAMPOS, 2007). Negar a clínica tradicional seria um retrocesso, uma visão parcial, tal como a visão que desconsidera o Sujeito. Tais reflexões são encontradas no material discursivo.

Apesar de compreenderem que a clínica tradicional é limitada e insuficiente na Estratégia Saúde da Família os profissionais demonstraram inquietações e dúvidas sobre seus papéis.

Os profissionais da Saúde da Família devem estar habilitados a gerar e gerir os cuidados primários com a Saúde e coordenar o cuidado da grande maioria dos problemas de Saúde mais freqüentes na população a sua equipe adscrita, dos complexos até os mais simples. Essas competências são referidas normativamente.

Porém, dificuldades inerentes a *gestão da clínica* são expressas. Tais dificuldades geram reflexões sobre a necessidade de “Educação Permanente” para essas.

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple integralmente as definições normativas analisadas para as categorias estudadas, a vigilância à Saúde⁴³ e as diretrizes expressas na Constituição Federal de 1988 para o SUS. A grande maioria dos programas focaliza o atendimento individualizado e são voltados a práticas curativas e procedimentos de alto custo, de maneira vertical, excludente, com baixo impacto social e sem levar em conta o universo familiar e comunitário das pessoas ou considerar as dimensões sócio-econômico-culturais do processo Saúde/doença (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007; RIBEIRO, 1995; CAMPOS, 2003).

Condizente com as reflexões acima, os profissionais expressaram nos discursos reflexões sobre uma tensão permanente entre modelos assistenciais e propuseram soluções tanto relativas ao contexto dos serviços, como macroestratégias. Os mesmos reconhecem que o dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao exercício do direito do cidadão à Saúde não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas, da sociedade.

Interpretei essa *proposta de soluções* como resultante da reflexão sobre a prática. Isso demonstra que a reflexão sobre a prática vem sendo exercida pelos profissionais.

As diretrizes, princípios do SUS, competências referidas e refletidas acima são fundamentais para, segundo Franco e Merhy (2007), promover a transformação dos serviços de Saúde. Esta é passível através da mudança dos processos de trabalho, desde que permita que o trabalho vivo, que opera com base no conhecimento e nas relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários, seja determinante para organização e operacionalização dos serviços. Segundo esse autores, esse é o campo das tecnologias leves, capazes de conduzir a mudanças na micropolítica da organização dos serviços de Saúde (FRANCO; MERHY, 2007).

43 O modelo de vigilância à Saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de agir em Saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de Saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de forma dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos no processo Saúde-doença (Campos, 2003).

5 CONCLUSÃO

Dados os desafios presentes de ampliação do Programa Saúde da Família no país, refletindo sobre o atual cenário de necessidades de recursos humanos em Saúde, não é possível imaginar que alguém venha a discordar da urgência do debate aqui proposto. Mais que um debate acadêmico, impõe-se uma atitude política de enfrentamento para tais questões. Atitude que deve ser respaldada na enorme necessidade social, e em particular de Saúde, enfrentada pela população brasileira.

A ESF, como *carro chefe* da APS, vem crescendo e ampliando sua cobertura e horizontes de possibilidades para contribuir para mudança do modelo assistencial hegemônico.

Porém, a dinâmica do processo de descentralização do SUS, nem sempre esteve em sintonia com o debate da necessidade de formação e desenvolvimentos de recursos humanos em Saúde (PEDROSO, 2005; CAMPOS; AGUIAR, 2002; SOUZA; SAMPAIO, 2002; BEVILACQUA; SAMPAIO, 2002; SILVA; SENA, 2008; CARVALHO; CECIM, 2006; BIZZO, 2002; MARCO, 2006; BARRETO *et al.*, 2006; ALMEIDA; FERRAZ, 2008; MORITA; KRIGER, 2003; CNS, 2000; FEUERWERKER, 2002; FEUERWERKER; LHANOS; ALMEIDA, 1999; CANDEIAS, 1997; CARVALHO; CECCIM, 2006; GIL, CERVEIRA; TORRES, 2002; FONSECA; SEIXAS, 2002; SOUZA, 2002; COTTA *et al.*, 2006; CASTRO, 2007; BARRETO *et al.*, 2006, ATUN, 2001).

Como consequência, os profissionais que atuam na *“ponta do sistema”*, *“cara-cara com a realidade da comunidade”*, *“como soldados do SUS”* apesar de conhecerem as diretrizes e doutrinas do SUS e APS referem dificuldades (atitudes e habilidades) para implementar a teoria no *“SUS real, do posto cheio e problemas de todos os tipos”*.

A educação em saúde é uma estratégia, validada pela literatura e por esse estudo, para melhoria qualitativa da ESF.

Neste sentido, no município de Fortaleza, foi proposto no nível municipal o desencadeamento de um processo de “Educação Permanente” que envolva todos os momentos educacionais, seja de formação técnica, de graduação ou de pós-

graduação e a produção de ciência e tecnologia nos serviços de Saúde (ANDRADE; BARRETO, 2005):

O objetivo é criar uma Estratégia de “Educação Permanente” em parceria com as Instituições de Ensino e organizações não governamentais, transformando toda rede de serviços de Saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional.

Para a implementação e consolidação do SMSE foi necessário compromisso ético e político da gestão, instituições de ensino e profissionais de Saúde.

O SMSE vem sendo construído através do que Campos (2003) chamou:

Um Método dialético, um método para orientar a pesquisa, a política, a gestão, as práticas e a própria vida em geral. As operações de recusa e de assimilação crítica articuladas. Nova síntese a cada volta do processo: procedendo-se dessa maneira o Sujeito modifica-se – quem assimila algo de novo não é mais o mesmo – e muda também o significado atribuído ao objeto analisado, já que, ao recusar-se parte dele, se lhe altera o sentido.

Para que ocorra a mudança nas práticas de Saúde conforme exposto acima, é necessária também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de Saúde. Segundo Aguilera Campos (2003) urge uma nova forma de olhar o paciente, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de Saúde. É necessário co-produzir Sujeitos, com capacidade de análise e de co-gestão das próprias vidas e das instituições (CAMPOS, 2003).

Como refletido anteriormente, os homens, como seres conscientes, estão constantemente decodificando a realidade, revelando sua visão de mundo e encontrando temas geradores. Porém, esses temas devem fazer sentido para o aprendiz, para dessa forma, gerar uma “aprendizagem significativa”. Logo, a Educação em Saúde se materializa de um conjunto de experiências do indivíduo que modificam seus conhecimentos, atitudes e práticas, assim como o processo e esforços que visam a produzir tais modificações. (DERRYBERRY *apud* CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

Dessa forma, a práxis retorna como precursora do processo de Educação em Saúde: atuar de forma proativa na ESF, refletir sobre os problemas e necessidades dos serviços e comunidades, realizar pesquisa para buscar respostas ou novos questionamentos e criar tecnologias para melhorar a efetividade da ESF.

Enfim, tecnologias, como racionalidades operantes e aplicação do conhecimento sobre dispositivos, devem ser desenvolvidas para dar concretude à Educação em Saúde. Tecnologias essas que devem ser embasadas pelas necessidades percebidas pelos profissionais, gestores e usuários do SUS.

REFERENCIAS

ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. L.; FRANÇA, E. B. Relação entre causas de morte evitáveis por atenção à Saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. ?, n. ?, p. ?, 2007.

AGENDA EDUCATIVA EURACT (TRADUÇÃO OFICIAL). **Rev. Bras. Med. Fam. Comun.**, supl. 1, 2006.

ALMEIDA, L. P. V. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em Saúde e Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 1, 2008.

ALMEIDA, P. C.; RAMOS, I. M. B.; FONSECA, M. I. F.; COELHO, V. M. C.; OLIVEIRA, S. C. A participação da força de trabalho em Saúde no desenvolvimento das ações e serviços na macrorregião do Cariri/Ceará. In: SANTOS, J. B. F. **Observatórios de recursos humanos em Saúde**. Fortaleza: Estação CETREDE/UFC/UECE, 2006.

ALVES, V. S. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistência. **Interface comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R.; BARRETO, I. C. H. C. Programa de Saúde da Família: história, princípios, desafios atuais e futuros. **Rev. Adm. Pública**, v. 39, n. 2, 2005.

ARRETCHE, M. A política da política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, L. M. **Saúde e democracia: Histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

ATUN, R. A. A experiência da Grã-Bretanha. In: BESSA, O.; PENAFORT, J.; ATUN, R.; ROSSER, W.; SLOANE, P.; DINANT, G.; MONREAL, A. Médico de família: formação, certificação e Educação Continuada. In: Conferências do Seminário Internacional sobre Saúde da Família. Fortaleza, abril, 2001.

BARBOSA, R. H. S.; CASANOVA, A. O. Pré-natal e transmissão vertical do HIV: A perspectiva de profissionais da rede pública de Saúde do Município do Rio de Janeiro. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 291-336.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. **Cidade**: Edições 70, 1977.

BARRETO, I. C. H. C. **Mortalidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9anos na zona urbana de Sobral-CE**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARRETO, I. C. H. C.; ANDRADE, L. O. M.; LOIOLA, F.; PAULA, J. B.; MIRANDA, A. S.; GOYA N. A Educação Permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde - Escola: O caso de Fortaleza (CE). **Divulgação em Saúde para Debate – Série Conasens/CEBES**, Rio de Janeiro, n. 34, p.31-46, jun. 2006.

BESSA, O.; PENAFORTE, J. Médico de Família: Formação, Certificação e Educação Continuada. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001, Fortaleza. **Conferências do...** Fortaleza, 2001.

BEVILACQUA, R. G.; SAMPAIO, S. A. P. As especializações: histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. **Recursos humanos em Saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/NEPP, 2002.

BIAZUS, J. F. S.; DEBÉRTOLIS, M. M. Monitoramento e avaliação da atenção Básica em Saúde no município de matelândia, Paraná. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 36, 2006.

BIZZO, M. L. G. Difusão científica, comunicação e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.1, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social: Relatório Final. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/anexos/relatorio.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 15 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica: como organizar um sistema de Saúde liderado pela Atenção Básica/Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde Fam.**, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gestão da Atenção Básica: investindo nos profissionais de Saúde e melhorando a satisfação do usuário. **Rev. Bras. Saúde Fam.**, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BUSS, P. M. Promoção e Educação em Saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, 1999.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 2003.

CAMPOS, E. M. S. A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (Re)estruturação do Modelo Assistencial do SUS: a perspectiva de quem molda sua operacionalização. Resumo de tese de Doutorado em Saúde Coletiva, 2007, 297 p. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Atenção Primária Saúde**, v.10, n. 1, 2007.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T. Atenção Básica e reforma curricular. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. **Recursos humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: NEPP, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997.

CANDEIAS, N. M. F.; MARCONDES, S. M. Diagnóstico em Educação em Saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da Saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 13, n. 2, 1979.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J. M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ, 2006.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica em Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, p. 161-178, set. 2004/ fev. 2005.

CECCIM, R. B.; 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 2., 1993, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF, 1993. Disponível em:<http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=34>. Acesso em: 15 set. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, 1., 1986, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF, 1986. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf>. Acesso em: 15 set. 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília, 2001. **Relatório Final**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília, DF, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 2003, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0872_M.pdf>. Acesso em: 15 set. 2007.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, jul./set. 2006.

COUTINHO, T. Evolução da Adequação da Assistência Pré-Natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG: análise do processo. Resumo de Tese de Doutorado, 2006, 249 f. Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro. **Rev. Atenção Primária Saúde**, v.10, n. 1, 2007.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: SAÚDE e democracia: Histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FARIA, R.; VIANA, A. L. D. 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. **Recursos humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: NEPP, 2002.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação!. **Rev. Bras. Enferm.**, v. **?**, n. **?**, 2003.

FIUZA, T. M.; RIBEIRO, M. T. A. M.; RAMOS, A. V. A.; GOMES, K. W. L. Atenção ao paciente no contexto familiar. In: CAVALCANTE & SILVA, A. M.; CARVALHO, H. M. B.; CAMPOS, J. S.; SAMPAIO, T. C. **Livro do Médico de Família**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. Agenda nacional de recursos humanos em Saúde: Diretrizes e prioridades. In: RECURSOS humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas, SP: Unicamp, 2002.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Curso de Imersão em Saúde da Família**: Construindo Saúde para todos em Fortaleza. Fortaleza, 2006.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília, DF: Líber livro Editora, 2005.

GIL, C. R. R.; CERVEIRA, M. A. C.; TORRES, Z. F. Pólos de Capacitação em Saúde da Família: Alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para Atenção Básica. In: RECURSOS humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas, SP: Unicamp, 2002.

GOUDBOUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C.L.G. Utilização dos serviços de Saúde em áreas cobertas pelo programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, 2005.

KERR, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida de Saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de Saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, 1999.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 1994.

M FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em Saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: SANTOS, J. B. F. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de Educação Permanente. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. ?, n. ?, p. ?, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. O desafio que a Educação Permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 9, n.16, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, ano.

MIRANDA, I. L. Processo educativo: a práxis intencional e o resgate da cidadania. **Rev. Fac. Educ.**, São Paulo, v. 24, n.1, jan./jun. 1998

MIRANDA, I. L. Processo educativo: a práxis intencional e o resgate da cidadania. **Rev. Fac. Educ.**, v. 24, n. 1, 1998.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. **Rev. ABENO**, v. ?, n. ?, p. ?, 2003.

NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, 2005.

NUNES, T. C. M. Educação continuada: uma proposta para área de epidemiologia do SUS. **Epidemiol. SUS**, v. ?, n. ?, 1993.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde coletiva**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PAIM, J. S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface**, v. 5, n. 9, p. ?, 2001.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: Uma “nova Saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. ?, 1998.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuição para um programa de Educação Continuada em Saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3 jul./set. 1992.

PAZ, M. R. D.; STIWELL, B.; MERCER, H.; ADANS, O. Agenda das organizações internacionais para o desenvolvimento de RH em Saúde: Novos problemas e soluções. In: RECURSOS humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2002.

PEDROSO, V. G. Aspectos conceituais sobre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 29, 2005.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, , 2003.

PEREIRA, I. B. Possibilidades da avaliação de produzir conhecimentos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza. Competências inerentes a medicina de família e comunidade, Fortaleza, 2006.

RIBEIRO, A. K. A. Unidade de Saúde: Centro de Referência em Educação. **Rev. Espaço para Saúde**, Curitiba, v. 4, n. 4, jan. 1995.

RIBEIRO, C. Metacognição: Um Apoio ao Processo de Aprendizagem. In: **Psicol. Refl. Crít.**, v. 16, n. 1, 2003.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de Enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n. 6, p. 837-842, nov./dez. 2006.

RICE, M.; CANDEIAS, N. M. F. Padrões mínimos da prática da Educação em Saúde: um projeto pioneiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 4, 1989.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, v. 7, n. 2, 2005.

ROCHA, P. M. Avaliando a qualidade em Atenção Primária em Saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comun.**, v. 1, n. 4, 2005.

ROSSER, W. A experiência do Canadá. In: BESSA, O.; PENAFORTE, J.; ATUN, R.; ROSSER, W.; SLOANE, P.; DINANT, G.; MONREAL, A. Médico de família: formação, certificação e Educação Continuada. Conferências do Seminário Internacional sobre Saúde da Família, Fortaleza, 2001.

ROSSLER, J. H. O desenvolvimento do psiquismo na vida cotidiana: aproximações entre a psicologia de Aléxis N. Leontiev e a teoria da vida cotidiana de Agnes Heller. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, 2004.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepções de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.13, n. 2, 2008.

SANTOS NETO, P. M. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: a necessidade do planejamento. Disponível em : <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/ORHSBNP.doc>>. Acesso em: 20 set. 2007.

SANTOS, J. B. F.; ANDRADE, J. T.; NETO, J. M.; RODRIGUES, R. L.; PINHEIRO, C.H. L.; OLIVEIRA, F. E. O trabalho médico: de profissional liberal a assalariado. In: SANTOS, J. B. F. **Observatório de recursos humanos em Saúde**. Fortaleza: Estação CETREDE/UFC/UECE, 2006.

SEIXAS, P. H. D. **Estudo sobre sociedades de especialistas em Medicina no Brasil**: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na Saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, 2008.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. F. R. Atenção Básica. Política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. A. **Recursos humanos em Saúde**: política, desenvolvimento e Mercado de Trabalho.

SOUZA, J. F. **Atualidade de Paulo Freire**: contribuição ao debate sobre a educação na diversidade cultural. São Paulo: Cortez, 2002.

STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia, 2002.

STARFIELD, B. Avaliação de programas e sistemas de atenção primária: um enfoque da população. Apresentado em La Plata, Argentina, mar. 1998.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação**: o caso da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

VASCONCELOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA, A.L.S.; AMÂNCIO FILHO, A. A. **Dinâmica das graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília, DF: Editora FIOCRUZ/Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006.

ANEXOS

Tabela 2. Competências necessárias ao Médico de Família e Comunidade, segundo WONCA (2002):

Classificação	Competências
1- Gestão de cuidados à Saúde primários	<ul style="list-style-type: none"> - Ser normalmente⁴⁴ o primeiro ponto de contato médico com o sistema de Saúde; - Proporcionar um acesso aberto e ilimitado a seus pacientes; - Utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados; - Trabalhar com outros profissionais no cuidado primário; - Gerir a interface com outras especialidades^{45 46}; - Ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente de acordo com as necessidades do paciente; - Ter uma responsabilidade específica pela Saúde da comunidade; - Promover a Saúde e o bem estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas; - Lidar com os problemas de Saúde em suas dimensões física, psicológica, social, existencial e cultural; - Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência⁴⁷; - Gerir simultaneamente os problemas tanto agudos como crônicos dos pacientes; - Gerir problemas múltiplos⁴⁸; - Lidar com os problemas de Saúde de cada paciente individual, não se podendo limitar apenas à abordagem da doença atual; - Gerir de problemas individuais e comunitários;

44 O termo "normalmente" é aqui utilizado para indicar que em algumas circunstâncias, por exemplo, no caso de grandes traumas, esse não é o ponto de primeiro contato.

45 Este papel de coordenação constitui um aspecto chave do custo-efetividade de cuidados primários de qualidade, ao assegurar que os pacientes recorram ao profissional de Saúde mais apropriado ao seu problema específico.

46 Ao gerir a interface com outras especialidades, esta disciplina garante que as pessoas que necessitam de serviços de tecnologia de ponta baseados nos cuidados secundários, terão acesso aos mesmos de forma equânime e adequada.

47 Os problemas de Saúde apresentam-se aos médicos de família na comunidade de uma forma muito diferente daquela com que se apresentam nos cuidados secundários. A prevalência e incidência das doenças é diferente da que surge no contexto hospitalar. As doenças graves apresentam-se menos frequentemente que no hospital por não haver qualquer seleção prévia. É assim necessário um processo de decisão baseado em probabilidades, baseado no conhecimento dos pacientes e da comunidade.

48 O paciente vem à consulta frequentemente por queixas várias, aumentando o seu número com a idade. A resposta simultânea a várias exigências torna necessária a gestão hierarquizada dos problemas, levando em conta tanto as prioridades do paciente como as do médico.

	<ul style="list-style-type: none"> - Assumir o papel de “advocacia” do paciente⁴⁹; - Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada numa fase precoce de sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente⁵⁰; - Gestão de riscos e vulnerabilidades⁵¹
3- Aptidões específicas para resolução de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão da prática clínica; - Competências determinadas pelos necessidades dos pacientes e comunidade; - Abordagem de problemas de Saúde complexos e não pré-determinados; - Lidar com todos os tipos de pacientes, jovens ou idosos, homens ou mulheres, quaisquer que sejam os problemas de Saúde; - As intervenções têm de ser apropriadas, efetivas e, sempre que possível, baseadas em evidência científica adequada; - A abordagem da Medicina Geral e Familiar deve ser constante desde o nascimento (e por vezes desde antes desse momento) até à morte; - Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros
4 - Educação Permanente	

Tabela adaptada de documento Definição europeia de Medicina familiar, publicado pela WONCA, 2002.

49 Advocacia e proteção dos pacientes do prejuízo que lhes poderá ser infligido como resultado de rastreios, exames e tratamentos desnecessários, bem como de orientação daqueles através das complexidades do sistema de Saúde.

50 O paciente apresenta-se frequentemente no início dos sintomas, sendo difícil fazer um diagnóstico nesta fase precoce. A forma de apresentação tem implicações em termos de decisões importantes que terão de ser tomadas em benefício do paciente, com base em informação limitada e numa altura em que o valor preditivo do exame e dos testes clínicos é mais incerto.

51 Uma vez excluída uma evolução grave imediata, a decisão poderá ser de esperar pela evolução dos acontecimentos e rever o paciente mais tarde.

Tabela 3. Aspectos essenciais para uma disciplina centrada na pessoa

Aspectos essenciais	Aspectos de fundo da disciplina
Aspectos de contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização dos aspectos contextuais do paciente, da sua história, da sua situação e antecedentes sociais, para o diagnóstico, tomada de decisões e estabelecimento de um plano de gestão de problemas; - Mostrar um interesse pessoal no paciente e no seu ambiente, estando consciente das possíveis conseqüências da doença nos outros membros da família e no ambiente mais alargado (incluindo o ambiente laboral) do paciente.
Aspectos de atitude	<ul style="list-style-type: none"> - Estar consciente das capacidades e valores próprios; - Identificar aspectos éticos da prática clínica (prevenção/diagnóstico/terapêutica/fatores que influenciam os estilos de vida); - Justificar e clarificar a ética pessoal; - Estar consciente da interação recíproca entre trabalho e vida privada, esforçando-se em atingir um bom ponto de equilíbrio entre os dois.
Aspectos científicos	<ul style="list-style-type: none"> - Estar familiarizado com os princípios gerais, os métodos e conceitos de investigação científica, bem como com noções fundamentais de estatística; - Possuir um conhecimento exaustivo sobre os fundamentos científicos das patologias, dos seus sinais, sintomas, diagnóstico, terapêutica e prognóstico, bem como sobre epidemiologia, teoria da decisão, teoria de formulação de hipóteses e de resolução de problemas, e ainda sobre cuidados de Saúde preventivos; - Ser capaz de acessar, ler e avaliar a literatura médica de forma crítica; - Desenvolver e manter uma aprendizagem e uma melhoria de qualidade contínua.

Tabela adaptada de documento Definição europeia de Medicina familiar, publicado pela WONCA, 2002.

Quadro 1. Competências necessárias para um MFC segundo o PRMFCF (2006)

Competências	Subgrupos
- Competência para exercer com compromisso, de forma crítica e criativa, a função de médico de família em equipe multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).	<ul style="list-style-type: none"> - Exercício profissional no SUS; - Promoção da Saúde e abordagem comunitária; - Abordagem sistêmica da família e Saúde mental; - Atenção à Saúde do trabalhador. - Atenção integral à Saúde da criança e do adolescente;
- Competência para atenção integral a Saúde no contexto da atenção primária por ciclos de vida e gênero.	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção integral à Saúde da mulher; - Atenção integral à Saúde da gestante; - Atenção integral à Saúde do homem; - Atenção integral à Saúde do adulto; - Atenção integral à Saúde do idoso.
- Competências clínicas para o atendimento a situações de emergência, urgência e internamento hospitalar na atenção primária;	
- Competências para produção científica e tecnológica.	

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/2006.*

Quadro 2. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do SMSE: Competências na área de Saúde coletiva e exercício profissional

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde Coletiva e Exercício profissional/ Estratégia Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de exercer com compromisso, de forma crítica e criativa, a função de médico de família em equipe multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer com compromisso a função de médico de família; - Integrar e colaborar com a equipe multiprofissional para prover atenção primária à Saúde de uma população de cerca de 700 famílias do território de abrangência da equipe; - Estabelecer co- responsabilidade sanitária com sua equipe de trabalho e a comunidade pela promoção de melhores condições de Saúde no território; - Participar de forma democrática e colaborativa das reuniões e do planejamento da sua equipe; - Participar das reuniões do conselho local de Saúde; - Representar a equipe na interlocução com lideranças locais e membros de outros setores da administração pública e do setor privado, se necessário; - Representar a equipe e a população território em outras instâncias do Sistema Único de Saúde se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentir-se co-responsável pela atuação da equipe e pela promoção da Saúde da população de seu território de abrangência; - Reconhecer a importância de sua função para o sucesso do SUS e da ESF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Único de Saúde; - Estratégia Saúde da Família; - Planejamento Local Estratégico; - Técnicas de comunicação; - Co-gestão de coletivos (método da roda); - Perfil e funções do médico de família, - Princípios e técnicas para o trabalho em equipe.

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/ 2006.*

Quadro 3. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do SMSE: Competências na Abordagem Sistêmica à Família

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
Abordagem sistêmica à família	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível familiar, visando o desenvolvimento pleno da função como locus primário de acolhimento, proteção, subsistência, desenvolvimento social, na perspectiva da constituição e formação de indivíduos e cidadãos providos de afeto saudável e solidariedade, com capacidade para o exercício otimizado da autonomia e da independência, considerando o processo histórico de uma sociedade justa e equânime; - Identificar situações de risco e adoecimento familiar com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver habilidades de aconselhamento relacionadas à abordagem familiar; - Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da Educação em Saúde no nível familiar e da relação médico-família; - Dominar e executar técnicas de anamnese e terapia familiar que permitam identificar famílias em respeito ao seu ciclo vital, as crises vitais e acidentais, ao reconhecimento das demandas e necessidades no nível da Saúde familiar; - Considerem a estrutura e dinâmica familiar, os recursos, a infra-estrutura e suporte social com objetivo de promoção à Saúde familiar e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária; diagnosticar clinicamente os transtornos familiares em especial àqueles relacionados às famílias funcionais até moderadamente disfuncionais; - Desenvolver habilidades para organizar e manter grupos de suporte terapêutico e/ou informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação médica-família acolhedora e envolvente, que considere os fatores biopsicossociais atinentes ao ciclo vital, as crises vitais e acidentais, a estrutura e a dinâmica familiar, de forma a permitir a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à família e a sua função social e familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel e funções da familiar, ciclo vital, estrutura e dinâmica familiar; - Fundamentos terapêuticos da relação médico-família; - Educação em Saúde no nível familiar; - Diagnóstico e abordagem clínica, da família, das crises vitais e acidentais das famílias funcionais e daquelas que apresentam quadros agudos ou crônicos de disfunções moderadas; - Diagnóstico e abordagem clínica dos fatores de promoção da Saúde e dos fatores de risco de adoecimento familiar seja por comprometimento da função e da Saúde de um dos seus membros seja por transtornos relacionados à esfera sócio-ambiental; - Disfunções da autonomia e da independência familiar; - Disfunções da afetividade e da sexualidade no âmbito familiar; - Abordagem dos diversos tipos de violência intra-familiar.

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/2006.*

Quadro 4. Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do SMSEF: Competências Clínicas na Atenção Primária nas Áreas da Saúde da Criança e do Adolescente

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde da Criança e do Adolescente/ Estratégia Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo voltadas à Saúde da criança e do adolescente no nível da estratégia Saúde da Família; - Identificar e encaminhar casos para as redes de atenção à Saúde secundária e terciária quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de comunicação e aconselhamento com crianças e adolescentes; - Executar técnicas de anamnese e exame físico para identificar e acompanhar as fases do desenvolvimento da criança e do adolescente, as demandas e necessidades no nível da Saúde individual e coletiva, que considerem a estrutura e dinâmica familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social; - Diagnosticar e abordar as afecções de Saúde mais prevalentes na infância e na adolescência, inclusive urgências e emergências; - Solicitar e analisar os exames complementares necessários às demais situações; - Realizar atenção domiciliar para esta população quando necessário; - Identificação e manejo de crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade; - Desenvolvimento de atividades de grupo de suporte terapêutico e/ou informativos; - Monitorar as condições de Saúde da população de crianças e adolescentes do território de abrangência de sua equipe utilizando-se de indicadores de Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação médico/criança/adolescente-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à Saúde da criança e do adolescente que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à Saúde da criança e do adolescente e à sua função social e familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiologia do crescimento e desenvolvimento; Puericultura; - Ciclo vital e estrutura e dinâmica familiar; - Fundamentos terapêuticos da relação médico / criança / adolescente / mãe / responsável / cuidador; - Educação em Saúde no nível individual e coletivo; - Técnicas de desenvolvimento de atividade de grupo; - Diagnóstico e abordagem clínica de afecções mais prevalentes na infância e adolescência, incluindo: distúrbios do crescimento e desenvolvimento; distúrbios do aprendizado; distúrbios da afetividade, sexualidade e do relacionamento social; - Abordagem à violência contra criança e o adolescente e deles contra outrem; - Acidentes domésticos; - Drogadição;

		<ul style="list-style-type: none"> - Planejar e avaliar, em conjunto com a equipe, ações para melhoria das condições de Saúde dessa população; - Trabalhar em equipe para prover atenção integral à Saúde das crianças e adolescentes do seu território de abrangência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transtornos da Saúde mental; - Urgências e emergências; - Manejo de síndromes congênitas. - Patologia clínica e imagenologia em patologias que afetam crianças e adolescentes. Indicadores mais importantes de Saúde da criança e do adolescente; - Autópsia verbal; - Trabalho em equipe.
--	--	---	---

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/2006.*

Quadro 5. Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do SMSEF: Competências Clínicas na APS na Área da Saúde da Mulher

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde da Mulher/ Estratégia Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da Saúde da mulher na rede assistencial da ESF; - Identificar situações de risco e situações em que há necessidade de encaminhamento para outras redes assistenciais do Sistema de Saúde. - Realizar assistência ao Pré-natal, puerpério e assistência ao parto normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de aconselhamento; - Habilidades no campo da comunicação, da Educação em Saúde e da relação médico – paciente com mulheres; - Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as fases da vida reprodutiva, a Saúde sexual e as afecções mais prevalentes na mulher, principalmente o câncer do colo do útero e o câncer de mama, incluindo exame clínico ginecológico, exame especular e coleta de papanicolau, exame das mamas; - Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar as afecções mais prevalentes na esfera ginecológica; - Habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos; - Monitorar as condições de Saúde da população de mulheres do território de abrangência de sua equipe utilizando-se de indicadores de Saúde; - Planejar e avaliar, em conjunto com a equipe, ações para melhoria das condições de Saúde dessa população; - Trabalhar em equipe para prover atenção integral à Saúde das mulheres do seu território de abrangência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação médico-mulher-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicosociais atinentes à Saúde da mulher e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à sua função social e familiar, à Saúde do aparelho genital, à sexualidade e às fases da vida reprodutiva - Estabelecer relação médico-gestante- família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicosociais atinentes à gestação e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas da gravidez, parto e puerpério, incluindo: aquelas relativas ao papel materno, paterno e familiar, o novo ciclo vital familiar e conseqüentes readaptações da estrutura e dinâmica familiar, o suporte familiar e social existente, direitos sociais, suporte e orientação para dúvidas e temores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualidade feminina e questões relacionadas ao gênero; - Fisiologia da reprodução; - Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente; - Educação em Saúde no nível individual e coletivo; - Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo; - Diagnóstico e abordagem clínica de afecções ginecológicas mais prevalentes; - Aconselhamento e planejamento Familiar; - Abordagem aos transtornos mais prevalentes da sexualidade; Infertilidade; - Diagnóstico de problemas relacionados a presença de secreção e prurido vaginal e

		<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas com vista à abordagem familiar; - Habilidades de aconselhamento; - Habilidades no campo da comunicação, da Educação em Saúde e da relação médico-paciente; - Técnicas de anamnese e exame físico; - Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar uma gestação de baixo risco; - Habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos; - Aconselhamento; - Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo; 		<ul style="list-style-type: none"> tratamento se necessário; - Câncer genital; - DST/AIDS; -Abordagem do climatério e da menopausa; - Patologia clínica e imageologia específica da mulher. - Fisiologia da gravidez, do parto e puerpério normais; - Afecções mais prevalentes do ciclo gravídico puerperal; - Ciclo vital, dinâmica e estrutura familiar; - Abordagem familiar; - Sexualidade na gestação; - Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente; - Educação em Saúde no nível individual e coletivo; - Hipertensão arterial; diabetes e infecções na gestação;
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none">- Vacinação; uso de fármacos na gravidez e na lactação;- Transtornos da Saúde mental na gestação e puerpério;- Contracepção pós-parto;- Atenção inicial à urgência da gestação; identificação da necessidade de referência; patologia clínica;- Imageologia na gestação.
--	--	--	--	--

Tabela adaptada do documento Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/2006.

Quadro 6. Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do SMSEF: Competências Clínicas na Atenção Primária na Área da Saúde do Homem

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde do Homem	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da Saúde do homem, visando a plenitude da vida, a manifestação da afetividade, da sexualidade, bem como o exercício pleno da sua função familiar e social; - Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de aconselhamento; habilidades no campo da comunicação, da Educação em Saúde e da relação médico-paciente; - Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as fases da vida reprodutiva, a Saúde sexual, as afecções andrológicas mais prevalentes, com o objetivo de promover e proteger à Saúde e detectar alterações e disfunções biopsicosociais passíveis de intervenção; - Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar as afecções mais prevalentes na esfera andrológica; - Desenvolver habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação médico-homem-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicosociais atinentes à Saúde o homem e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à sua função social e familiar, à Saúde do aparelho genital, à sexualidade e às fases da vida reprodutiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiologia da reprodução; - Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente; Educação em Saúde no nível individual e coletivo; - Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo; - Diagnóstico e abordagem clínica nas áreas de afecções andrológicas mais prevalentes; - Aconselhamento e planejamento familiar; - Transtornos mais prevalentes da sexualidade; - Anticoncepção; - Infertilidade; - Diagnóstico e tratamento de problemas que produzam secreção e prurido uretral; hidrocele, varicocele; câncer genital masculino; afecções mais prevalentes da próstata; DST/AIDS; particularidades da ITU no homem; patologia clínica e imageologia relacionadas ao homem.

	contra-referência quando necessário.	<p>para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar as condições de Saúde da população de homens do território de abrangência de sua equipe utilizando-se de indicadores de Saúde; - Planejar e avaliar, em conjunto com a equipe, ações para melhoria das condições de Saúde dessa população; - Trabalhar em equipe para prover atenção integral à Saúde dos indivíduos do sexo masculino do seu território de abrangência 		
--	--------------------------------------	---	--	--

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/ 2006.*

Quadro 7. Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do SMSEF: Competências Clínicas na Atenção Primária na Área da Saúde do Idoso

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde do idoso	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da Saúde do idoso, visando a plenitude e a qualidade de vida na terceira idade; a manifestação da afetividade, da sexualidade, bem como o exercício pleno da cidadania no que diz respeito à função familiar e social do idoso. - Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver habilidades de aconselhamento relacionadas à Saúde do idoso, à sua família e aos seus cuidadores; - Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da Educação em Saúde e da relação médico-paciente; - Executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as síndromes geriátricas mais prevalentes; o nível de autonomia e independência, o reconhecimento das demandas e necessidades no nível da Saúde individual e coletiva, e que considerem a dinâmica e estrutura familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, promovendo ações de Saúde e detectando alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária; - Diagnosticar e abordar clinicamente as afecções de Saúde mais prevalentes na terceira idade, sabendo solicitar e analisar os exames complementares relacionados; - Habilidades para o desenvolvimento de atividades de grupo de suporte terapêutico e/ou informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação médico idoso -família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicosociais atinentes à Saúde do idoso que permita a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas relativas à Saúde do idoso e à sua função social e familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fisiologia do envelhecimento; - Ciclo vital e estrutura e dinâmica familiar, fundamentos terapêuticos da relação médico – idoso – família; - Educação em Saúde no nível individual e coletivo; - Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo; - Diagnóstico e abordagem clínica, de afecções mais prevalentes; nas áreas de: <ul style="list-style-type: none"> - Disfunções da autonomia e dependência, - Disfunções da afetividade e da sexualidade; - Distúrbios da memória; - Distúrbios neurológicos; - Violência contra o idoso; - Disfunções e distúrbios nutricionais e alimentares;

				<ul style="list-style-type: none"> - Uso de fármacos, farmacodinâmica e polifarmácia; - Transtornos da Saúde mental; - Transtornos do aparelho locomotor; - Transtornos cardiovasculares; - Transtornos metabólicos; - Transtornos do aparelho respiratório; - Transtornos ginecológicos, andrológicos e urológicos; - Disfunções do aparelho auditivo e visual; - Doenças gastrointestinais; - Abordagem dos cânceres mais prevalentes na terceira idade; - Quadros infecciosos; - Cuidados paliativos; - Patologia clínica relacionada à Saúde do idoso.
--	--	--	--	---

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/2006.*

Quadro 8. Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do SMSEF: Competências Clínicas para o atendimento a situações de emergência, urgência e internamento hospitalar na atenção primária

Área e contexto da realização	Competências	Habilidades a mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes a mobilizar segundo o contexto de realização	Conhecimentos a mobilizar segundo o contexto de realização
<p>Competências clínicas treinadas no nível secundário, no nível terciário e nas situações de emergências clínica</p>	<p>Desenvolver competências clínicas no nível secundário e terciário de atenção a Saúde necessárias ao MFC em cenários frequentes fora dos centros urbanos;</p> <p>- Capacitação nas situações de emergências clínicas visando a prática resolutiva da Atenção Primária à Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dominar técnicas de anamnese dirigidas de acordo com as condições clínicas apresentadas; - Exame físico, técnicas diagnósticas e terapêuticas relacionadas à pacientes em regime de internação visando a otimização do estado de Saúde e a re-inserção social; - Dominar as técnicas de diagnóstico e terapêutica necessárias em situações em que há ameaça iminente à vida ou que rumam em curto prazo para tal se não forem alteradas; - Realizar punções, infiltrações, pequenas cirurgias; - Ressuscitação cardiopulmonar, intubação, desfibrilador, passar sonda naso-gástrica, sonda vesical de alívio e de demora; - Manejo de feridas/úlceras 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação médico-paciente-equipe de Saúde acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicosociais atinentes ao processo Saúde adoecimento no âmbito da Medicina hospitalar e da emergência médica. Capacitar-se para a postura terapêutica diante da pessoa em situação terminal e à morte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Principais causas de internação no âmbito da clínica e da cirurgia geral relacionadas a Saúde do adulto, do idoso, das crianças e dos adolescentes; - Diagnóstico, manuseio e abordagem clínica no nível terciário das afecções mais prevalentes em: Clínica do adulto, clínica da criança e do adolescente, clínica do idoso; - Abordagem clínica da hipo e da hiperglicemia; - Abordagem clínica das intoxicações agudas por drogadição e envenenamentos; - Abordagem clínica das emergências mais prevalentes em transtornos mentais; - Abordagem clínica do abortamento natural e provocado; - Abordagem clínica de

		crônicas	<p>queimados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordagem clínica do paciente politraumatizado; - Abordagem clínica do paciente vítima de violência; - Abordagem clínica de pacientes desidratados e com perdas sanguíneas; - Abordagem clínica de paciente com insuficiência cardíaca e/ou respiratória, com asma brônquica, com obstrução mecânica; - Abordagem clínicas das emergências cardíacas e neurológicas; - Abordagem clínica de pacientes com abdome agudo; - Abordagem clínica de paciente com quadros infecciosos sistêmicos, - Terminalidade e morte, dor. - Eletrocardiografia; - Interpretação de radiografias.
--	--	----------	---

Quadro adaptado do documento *Aprendizagem em Contexto e Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde Escola de Fortaleza, Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, novembro/2006.*

Quadro 9. Competências necessárias ao enfermeiro graduado segundo a DCN (2001)

Campo do conhecimento	Competências: habilidades, conhecimentos e atitudes
Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; - Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de Enfermagem e da assistência à Saúde; - Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; - Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínicos e epidemiológico; - Os profissionais de Saúde dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da Saúde, tanto em nível individual como coletivo; - Ser capaz de diagnosticar e de solucionar problemas de Saúde; - Assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de Saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos; - Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto de seus pacientes/clientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; - Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; - Prestar cuidados em Enfermagem compatíveis com as diversas necessidades apresentadas pelo indivíduo, famílias e comunidade; - Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; - Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; - Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; - Atuar nos programas de assistência integral à Saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; - Conhecer e intervir sobre problemas e situações de Saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase em sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicosociais de seus determinantes; - Ser qualificado para exercício da Enfermagem com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; - Atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da Saúde integral do ser humano; - Devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à Saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de Saúde, tanto em nível individual como coletivo;

<p>- Tomada de decisões</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a Saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência; - Trabalhar em equipes interdisciplinares⁵² - O trabalho dos profissionais de Saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; - Os profissionais de Saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de Saúde e o público em geral. - A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; - O domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; - No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de Saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade; - A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; - Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de Enfermagem;
<p>- Comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, - Fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação; - Devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de Saúde; - Responder às especificidades regionais de Saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à Saúde, dando atenção integral à Saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

52 Essa competência também é incluída na categoria Processo de Trabalho em Saúde

<p>- Liderança</p> <p>- Administração e gerenciamento</p> <p>- Educação Permanente</p> <p>- Ciência e tecnologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciar o processo de trabalho em Enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional; - Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente; - Os profissionais de Saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. - Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; - Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; - Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;⁵³ - Compreender a política de Saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; - Reconhecer a Saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; - Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de Saúde; - Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo.
--	--

53 Essa competência também faz parte da categoria Educação Permanente

Quadro 10. Atribuições específicas para os enfermeiros segundo a PNAB :

Categoria profissional	Atribuições
- Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; - Supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e Educação Permanente dos ACS e auxiliares de Enfermagem com vistas ao desempenho de suas funções; - Facilitar a relação entre profissionais da unidade básica de Saúde e ACS, contribuindo para organização da demanda referenciada; - Realizar consultas e procedimentos de Enfermagem na unidade básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e/ou comunidade; - Solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; - Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de Saúde; - Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD. - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e programação da Saúde bucal; - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em Saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; - Realizar a atenção integral em Saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo paciente.

Quadro adaptado do PNAB, 2006.

Quadro 11. Atribuições específicas dos cirurgiões dentistas normatizadas pela PNAB (Brasil, 2006)

Categoria Profissional	Atribuições
- Cirurgião dentista	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação da Saúde bucal; - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em Saúde bucal, incluindo atendimento da urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; - Realizar a atenção integral em Saúde Bucal (promoção, proteção da Saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da Saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade; - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da Saúde e a prevenção de doenças bucais; - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à Saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de Saúde de forma multidisciplinar; - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF; - Realizar supervisão técnica do THD e ACD; - Realizar supervisão técnica do THD e ACD; - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família.

Quadro adaptado do documento do PNAB (2006)