



Trabalho e educação na saúde: análises e vivências

Janete Lima de Castro
Rosana Lúcia Alves de Vilar
Thais Paulo Teixeira Costa
(Organização)



Una



Seminare | 9

Trabalho e educação na saúde: análises e vivências

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde

SRVT, Quadra 701, via W5 Norte, lote D

Edifício PO 700, 4º andar

CEP: 70.719-040 - Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-3767

Site: www.saude.gov.br/sgtes

E-mails: sgtes@saude.gov.br / degts@saude.gov.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Coletiva

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Campus Univesitário Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

Caixa postal: 1524

Natal/RN - Brasil



Seminare | 9

Conselho editorial: Janete Lima de Castro; Rosana Lúcia Alves de Vilar;
Lenina Lopes Soares Silva; José Paranaguá de Santana;
Cristiane Scolari Gosch.

Supervisão editorial e planejamento visual: Una

Editoração eletrônica: Alessandro Amaral

Revisão ortográfica e gramatical: Iranildo Mota da Silva

Normalização bibliográfica: Margareth Régia de Lára Menezes

Foto da capa: Carlos Roberto de Castro

Trabalho e educação na saúde: análises e vivências

Janete Lima de Castro
Rosana Lúcia Alves de Vilar
Thais Paulo Teixeira Costa
(Organização)



Una

Catálogo da publicação na fonte.
Bibliotecária Margareth Régia de Lára Menezes - CRB 15/337

Trabalho e educação na saúde: análises e vivências [recurso eletrônico] /

Organização: Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar; Thais
Paulo Teixeira Costa. - Natal, RN: Una, 2020.

E-book 370 p., PDF.- (Seminar; n. 9)

Modo de acesso: <<http://www.observatoriorh.ufrn.br>>

ISBN 978-85-60036-46-2.

1. Gestão em saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Saúde pública. I. Castro,
Janete Lima de. II. Vilar, Rosana Lúcia Alves de. III. Costa, Thais Paulo Teixeira.
IV. Série.

CDD 610

CDU 614

*Sem o discurso a ação deixaria de ser ação,
pois não haveria ator; e o ator, o agente do
ato, só é possível se for, ao mesmo tempo, o
autor das palavras.*

Hannah Arendt

(Do livro *A Condição Humana*.)

Tradução de Roberto Raposo)

Sumário

Apresentação	10
Gestão do trabalho em modelos alternativos de gestão hospitalar: o exemplo da parceria público-privada	13
Gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde: necessidades identificadas a partir da percepção dos sujeitos envolvidos	34
Saúde do trabalhador e condições de trabalho em saúde no Centro-Oeste do Brasil	47
Fortalecendo a gestão do trabalho na atenção básica: contribuições do programa de melhoria do acesso e da qualidade	73
Avaliação da relação de felicidade dos trabalhadores com o trabalho qualificado em saúde: cenários vividos em uma unidade básica de saúde	99
Clima organizacional nas unidades de saúde da família de Santa Cruz/RN	139
Dimensionamento da força de trabalho na atenção básica em Anápolis e Cachoeiro de Itapemirim: a parceria com o Ministério da Saúde do Brasil	164
Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia	190

A compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a preceptoria da residência multiprofissional em saúde	217
Itinerários do saber no contexto potiguar: os caminhos percorridos para qualificar trabalhadores de nível médio/técnico da saúde	250
Estruturação do setor de desenvolvimento dos trabalhadores: uma experiência na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais	267
A educação permanente em saúde sob a ótica de profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência	295
Inserção dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família	329
Gestão do trabalho nos centros de especialidades odontológicas do Brasil	359

Apresentação

Este livro aborda a temática *gestão do trabalho e da educação na saúde*. Ele apresenta análises e vivências que retratam resultados de pesquisas, reflexões e relatos de experiências que foram realizadas em diferentes localidades do Brasil. Todas as pesquisas são vocalizadas por vários autores que atuam na academia e nos serviços de saúde, tendo em comum o compromisso com um sistema de saúde universal, público e de qualidade.

A publicação está organizada em catorze capítulos que trilham um caminho fundamentado na relação com o Sistema Único de Saúde, trazendo uma diversidade de abordagens quanto aos níveis de gestão e atenção e quanto aos sujeitos/profissionais envolvidos que, por meio de suas palavras, informam-nos os feitos e não feitos.

Para Hannah Arendt, a condição que torna possível a ação – entendida como práxis – é a pluralidade, isto é, o fato da existência de indivíduos diferentes em suas singularidades. A ação em Arendt tem um forte componente comunicativo e dialógico. É mediante palavras e atos que o sujeito se revela aos demais, aparece como um indivíduo e como um agente político que é portador de uma história e que se comunica com seus semelhantes. Só por meio da ação, das palavras e atos compartilhados com os demais, é que adquirimos um reconhecimento mútuo.

Assim, os capítulos possibilitam uma compreensão para além do aparente, não seguindo modelos pré-definidos, relatados na interseção entre o proposto e o real, no qual os es-

paços sociais e institucionais revelam a riqueza de resultados como expressão viva do potencial existente.

A leitura das investigações e dos relatos aqui apresentados, certamente, provocará reflexões que poderão resultar em contribuições para a área da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Sistema Único de Saúde. Reflexões e contribuições que, sem dúvida, eram esperadas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, quando estabeleceu mais uma parceria com o Ministério da Saúde, ao assinar o Projeto Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas Regiões Sul e Sudeste.

Esta publicação representa uma das atividades do citado projeto que é viabilizado pelo Departamento de Gestão do Trabalho/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde e pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ao apresentar este livro, não estamos apenas apoiando e divulgando uma produção científica, nosso propósito é reafirmar o compromisso da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com o Sistema Único de Saúde por meio de ações de assistência à saúde, ensino, pesquisa e extensão.

Antônio de Lisboa Lopes da Costa
Diretor do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Gestão do trabalho em modelos alternativos de gestão hospitalar: o exemplo da parceria público-privada

Láise Rezende de Andrade | laiseandrade@hotmail.com

Dra. em Saúde Pública, coordenadora de Integração da Educação e do
Trabalho na Saúde da Escola de Saúde Pública da Bahia – Secretaria
de Saúde da Bahia

Isabela Cardoso de Matos Pinto | isabelacmp@gmail.com

Profa. associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade
Federal da Bahia (ISC/UFBA)

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da década de 1990, contemplou um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, inicialmente com ênfase na municipalização da gestão, que resultou em uma expansão acelerada e em grande escala dos serviços e ocasionou mudanças significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde.

Este processo deparou-se com limitações decorrentes das restrições orçamentárias impostas pela legislação federal, que limitou os gastos com pessoal nas três esferas de governo. Isto se deu inicialmente com a Lei Camata, de 1996, e posteriormente com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) de 2000, que teve como finalidade disciplinar as despesas das três esferas, bem como regular gastos com pessoal do Executivo, Legislativo e Judiciário.

Limitar esses gastos, frente à necessidade de incorporação de profissionais para atender às novas demandas, configurou uma incoerência explícita, pois afetava seriamente a própria viabilidade de expansão e funcionamento do sistema público de saúde. De fato, a contratação de pessoal foi um dos principais alvos do projeto de contenção e a imposição de restrições para gastos com pessoal. Para Andrade et al. (2012, p. 66)

as reformas do Estado empreendidas nesse período prejudicaram a implementação do SUS de diversas formas. A ausência de fontes estáveis de financiamen-

to, as restrições às contratações de servidores e os incentivos à flexibilização das relações de trabalho em saúde, entre outros fatores, levaram à precarização dos vínculos trabalhistas como via principal de manutenção de serviços.

Esse movimento de contenção é herdeiro da crise econômica de meados dos 1970 que produziu uma ascensão mundial da perspectiva político-ideológica neoliberal, capitaneados pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Nessa trajetória, os ajustes macroeconômicos estruturais dos anos 1980 e as reformas setoriais a eles condicionadas abriram ainda mais espaço para o setor privado nas políticas públicas, com a supervalorização do mercado e da perspectiva empresarial, concomitantemente à desqualificação do Estado, das políticas sociais e da provisão de bens públicos, questionando-se a natureza pública de alguns bens (ALMEIDA, 2017).

Assim, enquanto o movimento da Reforma Sanitária conseguiu garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição de 1988, a década de 1990 caracterizou-se pelo desafio da implementação do SUS, gratuito e universal, convivendo com a proposta de Reforma do Estado que foi ancorada no Consenso de Washington o que incentivou o processo de mercantilização, tendência mundial da Agenda Neoliberal (ANDRADE, 2009).

Escrutinar o desenho deste “novo papel” do Estado, que deveria atuar mais como regulador, tinha como objetivo enunciado compensar os desequilíbrios distributivos do mercado globalizado e tornar a economia nacional mais competitiva internacionalmente. Esta análise auxilia a compreensão do surgimento de instâncias, mecanismos e instrumentos que pretendem dar conta da “nova tarefa” do Estado frente à redu-

ção do seu tamanho e, por conseguinte, das funções da própria máquina pública (ANDRADE, 2009).

O valor histórico e ideológico que vem sendo atribuído à gestão privada na saúde e seu “potencial” de criar “soluções imediatas” para a contratação de pessoal, frente às limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal, levou a criação de novos modelos de gestão na saúde; a exemplos das Organizações Sociais, Fundações estatais de direito público e de direito privado e Parcerias Público-Privadas (PPP).

A análise da gestão do trabalho nos diferentes modelos adotados na saúde requer considerar a diversidade de interesses, eventualmente conflitantes com os próprios princípios e diretrizes do SUS. Afinal, a complexidade desse sistema provoca a necessidade do olhar crítico que relacione a gestão do trabalho à reorganização da clínica e à implementação de práticas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e agravos. Tudo isso demanda o fortalecimento do trabalho em equipe, planejamento e educação permanente de profissionais com variadas experiências e expectativas sobre as formas de prestar serviços voltados ao cuidado aos usuários e suas famílias.

Em função da abrangência e diversidade do tema “modelos de gestão em saúde” bem como a disseminação das modalidades de contratação em todo país, destaca-se, nesse capítulo, a análise dos diferentes olhares acerca da gestão do trabalho no modelo PPP, destacando os pontos de vista ideológicos e pragmáticos delineados em algumas das entrevistas realizadas no escopo da pesquisa intitulada “A escolha de Parceria Público-Privada para gestão hospitalar na Bahia: Atores, interesses e estratégias” (ANDRADE, 2019) que apontou as críticas dos opositores ao modelo, assim como a valorização da flexibilidade da gestão do trabalho pelos defensores das PPP. Desta forma, os atores entrevistados compõem o rol de

representantes de instituições públicas (secretário de saúde, gestores, assessores, procuradores, conselheiros) e de instituições privadas (empresa responsável pela gestão do hospital que adotou o modelo PPP, representantes do IFC/Banco Mundial).

GESTÃO DO TRABALHO: ANTIGO DESAFIO DO SUS

Numa era de crise longa e generalizada – como a que vivemos – que desestruturou o campo das ideias e dos projetos políticos e econômicos, consolidados no século XX, a discussão sobre uma alternativa histórica que contemple o interesse dos fracos e inferiorizados não pode ficar prisioneira de um debate meramente conjuntural, muito menos das ideias e propostas dos mais fortes e ganhadores (FIORI, 2007, p. 49).

17

Os processos de trabalho em saúde e o mundo do trabalho vêm se transformando de forma significativa e alterando a modalidade de inserção, os vínculos empregatícios, a forma de remuneração e o modo de trabalhar, configurando-se em arenas competitivas e individualizadas em ambientes pouco saudáveis (MACHADO, 2005).

No caso brasileiro, as transformações observadas a partir da implementação da Reforma do Estado realçaram antigos problemas e introduziram outros para a área de recursos humanos em saúde que tem ocupado o espaço político institucional como temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há décadas (PIERANTONI, 2001). Nesse sentido, um conjunto de fenômenos desencadeado pela Reforma de Estado tem modificado as relações que regulam

a área de recursos humanos e vem transformando as relações de trabalho na perspectiva da flexibilização, eficiência e desregulação.

Problemas crônicos da área de recursos humanos vêm ocupando o lugar de temática estratégica na discussão e implementação da política de saúde há décadas (PIERANTONI, 2001). Nesse cenário, instituíram-se outros nós críticos referentes à gestão dos trabalhadores em saúde como a precariedade das condições de trabalho, rotatividade, desmotivação e, conseqüentemente, insatisfação profissional, que vem produzindo, inclusive, o adoecimento dos responsáveis pelo cuidado e atenção à saúde.

Assim, contraditoriamente, o processo de consolidação do SUS, nos anos 1990, correspondeu ao período denominado “antipolítica” de recursos humanos, cujas conseqüências atuais revelam-se na precarização do trabalho, com existência de um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas ou perspectiva de carreira profissional (MACHADO, 2008).

Portanto, é imperativo reconhecer que, em todo o processo de construção do SUS e redefinição das práticas de saúde, há que se considerar a centralidade dos trabalhadores da saúde, que devem ser considerados como sujeitos do processo de trabalho em saúde. De fato, refletir sobre as relações e condições às quais estão submetidos os trabalhadores no cotidiano das práticas, entendendo como se faz saúde e como seu trabalho se organiza, seu grau de autonomia e satisfação com o cuidado que presta é um dos primeiros passos para o entendimento da qualidade da produção do cuidado no SUS.

Assim, é fundamental também pensar nas relações de poder entre o conjunto de trabalhadores, usuários e gestores, além de considerar o conjunto complexo de pessoas com saberes, conhecimentos, formação e ocupações/funções di-

ferenciadas. Portanto, a complexidade da gestão do trabalho transcende aspectos contratuais e fluxos burocráticos. Ela se refere a um trabalhador com subjetividade e história e qualquer modelo de gestão que se apresente como coerente a proposta democrática do SUS deve considerar essas questões.

A GESTÃO DO TRABALHO NO MODELO PPP

A introdução e ampliação de modelos gerenciais “inovadores” no SUS realçam a necessidade de ampliação do debate acerca dos recursos humanos como questão central para a produção do cuidado em saúde, bem como da gestão do sistema de saúde.

As novas modalidades de administração pública introduziram como referencial a flexibilidade associada a conceitos que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado. De um lado, essa flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação público-privado na área da saúde tem assumido conformações várias: modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde (expressas por organizações sociais, fundações, organizações sociais de interesse público e parcerias público-privadas), interpondo-se em terceirizações de um conjunto de atividades em uma unidade prestadora de serviços (incluindo os relativos à atividade gerencial) e a contratação de prestadores individualizados.

Nogueira (2011) aponta três posições acerca das modalidades institucionais do SUS. A primeira representa os “defensores do SUS público puro”, que rejeita todas as formas de administração indireta na saúde ou parcerias público-privadas. O segundo grupo é composto pelos “defensores do SUS de

gestão pública flexível”, que rejeitam as Organizações Sociais e as PPP e defendem o modelo de Fundação Estatal. O último grupo representa os “defensores do SUS mais efetivo”, composto pelos que apoiam a ideia das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), PPP, e que, em alguns casos, também defendem as Fundações (NOGUEIRA, 2011).

Com relação a estes últimos, as modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde têm mostrado uma capacidade criativa e multiplicadora aparentemente inesgotável (PIERANTONI, 2001). Essa amplitude criativa se estende também aos modelos de gestão e aqui tratar-se-á dos pontos de vistas que permearam as falas dos entrevistados referentes à gestão do trabalho na PPP.

Os defensores do modelo PPP veem nele a possibilidade de resolver: problemas com órgãos de controle, relativos aos ‘arranjos’ que foram sendo criados para contratação de pessoal na gestão pública, a exemplo da “pejotização dos contratos”¹ para médicos; sanar ausência de especialidades que não se interessam por concurso público e melhor remuneração para atrair profissionais para região periférica, conforme relatos de atores governamentais e não governamentais vistos a seguir:

[...] tem que fazer concurso público, o trabalho de fazer concurso, os limites, o impacto disso na receita do Estado é um complicador. Tem os contratos de pessoas jurídicas (PJ), pois, tem categorias que não se submetem a um regime próprio de contratação de servidor do Estado porque tem limitação de teto de valor,

1 Forma de contratação de trabalhadores por meio de “pessoa jurídica interposta” para exercer atividade idêntica ou semelhante às atividades exercidas pelos empregados “celetistas” da empresa contratante, mediante verdadeira *relação de emprego*.

etc. Aí vai criando distorções ao modelo pra tentar se encaixar (Informação verbal, entrevistado Assessor).

[...] tem várias especialidades médicas que hoje não se consegue mais contratar por concurso, ninguém se candidata. O mercado paga melhor do que o poder público e o cara não quer receber o valor muito abaixo do de mercado. Vai ter que contratar todos os seus anestesistas, cardiologistas, cirurgiões cardiológicos, cirurgiões neurológicos, eventualmente neurologista, todos eles por meio de alguma forma que o órgão de controle vai dizer que é ilícito. É a única forma que consegue contratar esses caras por cooperativa ou por pessoa jurídica (Informação verbal, entrevistado Representante de instituição financeira).

[...] difícil deslocar médico do centro da cidade para ir trabalhar na periferia da cidade do Salvador. Tem que ter um nível de flexibilidade salarial diferente da gestão direta, fazer outro mecanismo de contratação (Informação verbal, entrevistado Secretário de Saúde).

O entendimento de que a gestão direta não seria um modelo adequado para a gestão hospitalar é colocada pelos atores não governamentais privados com argumento de que a dinâmica de contratação de servidores públicos é incompatível com gestão de pessoas em hospitais por causa do turnover e da dificuldade de “dispensar” o servidor público.

[...] ninguém pensa mais em fazer hospital público com gestão de pessoal próprio por todos os aspectos que envolvem a dinâmica de um serviço como esse. É incompatível com a dinâmica de contratação e dispensa de servidor público. Contratar servidor público é difícil, dispensar é praticamente impossível. [...] é

natural você ter turnover, porque, às vezes, a pessoa faz um curso de enfermagem, vai para a assistência não se adapta (Informação verbal, entrevistado Diretor de empresa privada).

[...] um exército de agentes públicos voltados para atividades-meio podia ser simplesmente eliminado, se você transferisse a operação de todas atividades meios. Também pode atividades fins para o parceiro privado (Informação verbal, entrevistado Representante de instituição financeira).

Chama a atenção e causa preocupação a afirmativa do representante do setor privado ao conceber a “eliminação” de “um exército de agentes públicos” no âmbito da gestão pública com respectiva transferência das atividades para parceiros privados.

O servidor público é descrito de forma restritamente mercadológica, passível de eliminação, como se fosse um objeto descartável e não um trabalhador qualificado para o cuidado de pessoas e famílias. Situação essa que produz diversas vulnerabilidades, a exemplo da vulnerabilidade física e social e até financeira, face a situações de violência institucional que podem ocorrer no cotidiano do trabalho e incidem sobre os trabalhadores. Este entendimento restrito sobre o trabalhador de saúde também causa estranhamento na medida em que um dos entrevistados representa uma instituição financeira que se intitula como instituição de fomento e desenvolvimento humano, evidenciando uma distância entre a retórica da instituição e a forma como ela lida com os trabalhadores.

Posicionamento divergente é apresentado pela entrevistada do Conselho Estadual de Saúde (CES) da Bahia, que é contrária à gestão do trabalho no SUS a ser realizada pela PPP. Ela aponta a responsabilidade do Estado na gestão de traba-

lhadores, inclusive as de unidades em gestão indireta, como a PPP, argumentando que nessas são atendidos os usuários do SUS. Segundo ela:

É assim: “gestor de PPP que resolva seu problema lá”. É como se a gestão do SUS não tivesse nada a ver, e tem muito. Inclusive com esses trabalhadores que estão lá submetidos ao que sejam submetidos, não é? A gestão do SUS tem responsabilidade sobre isso, com certeza (Informação verbal, entrevistado Conselheira do CES).

Em consonância com os argumentos da Conselheira de Saúde, na Espanha, o Partido Socialista Operário Espanhol (PSOE) fez críticas ao “modelo Alzira”² de contratação de trabalhadores para atuarem em PPP, afirmando ser contra ao que denominou de qualquer movimento para a privatização dos cuidados de saúde. Os sindicatos também manifestaram preocupação com a busca da concessionária pelo lucro entendendo como potencialmente prejudicial tanto para a saúde quanto para os empregos (ACERETE; STAFFORD; STAPLETON, 2011).

Além disso, a Conselheira defende plano de carreira e capacitação para os trabalhadores da saúde, reivindicando que a gestão de recursos humanos seja feita pelo próprio Estado para que se tenha um SUS de qualidade.

2 A análise realizada por Acerete, Stafford e Stapleton (2011) de um estudo comparativo realizado entre o Hospital de Alzira, sob gestão de PPP, e outro hospital de tamanho semelhante na cidade de Elda, ambos na região de Valência – Espanha, demonstrou que, em relação ao corpo clínico, o hospital de Alzira estaria operando taxas de admissão de funcionários substancialmente menores. Esses autores criticam a reduzida equipe médica da PPP, mostrando que o Hospital de Elda atende uma população de 230 mil pessoas, com 352 leitos, tendo 1,41 médicos por leito, enquanto o hospital de Alzira, responsável por 250 mil pessoas, com 300 leitos, tivesse apenas 1,05 médicos por leito.

A saúde é direito do cidadão e dever do Estado, ele tem que olhar para quem está prestando esse serviço. Tem que ser um RH com competências e habilidades. Precisa desenvolver com capacitação, ter um programa de educação permanente. Os processos de trabalho, a formação de redes, as discussões que permeiam os usuários do SUS, que somos todos nós, para que tenhamos o melhor do SUS e não o pior do SUS ou medianamente (Informação verbal, entrevistado Conselheira do CES).

[...] não tem saúde pela metade, saúde tem que ser integral. Não é esse o princípio? A saúde tem que ser integral e universal. Então, a integralização da saúde perpassa por ter recursos humanos que o Estado esteja gerindo sobre todos os aspectos, inclusive da continuidade da formação para que esses profissionais possam levar o melhor [...] O plano de carreira deve ser uma das metas de qualquer Estado que se preze para o SUS, porque faz com que este trabalhador seja estimulado a se capacitar. Assim, ele dá muito melhor um retorno para os pacientes e tem uma segurança do seu futuro, coisa que com a PPP isso não ocorre (Informação verbal, entrevistado Conselheira do CES).

Com o argumento da satisfação do trabalhador, uma das representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) diverge da conselheira afirmando que: “Muito pelo contrário, os profissionais que hoje trabalham no Hospital do Subúrbio e em outras modalidades de contratação para o Estado, são muito mais satisfeitos em estarem trabalhando no projeto do PPP”.

A “flexibilidade” na gestão do trabalho também apareceu nas entrevistas como mais uma vantagem do modelo PPP

que poderia ser aplicada a outros modelos de gestão indireta, apontada pela Diretora SESAB como sendo uma “facilitação na gestão de Recursos Humanos, de poder substituir alguém que não está atendendo ao perfil, cobrar metas que a SESAB tinha até vontade de implementar nos contratos de O.S.”

Já o Secretário de Saúde, por sua vez, entende que a gestão de recursos humanos mais flexível auxilia a gestão a atingir seus resultados.

[...] é bem mais fácil ser diretor de um hospital sob gestão indireta do que gestão direta. Na gestão direta você precisa de um esforço maior pra garantir a capacidade de resposta da unidade, em função dos procedimentos que a legislação exige, em função da gestão de recursos humanos que é muito mais difícil de ser feita. Na gestão indireta se um médico não corresponder, ficar faltando plantão, você busca no mercado qualquer profissional, tira um e bota o outro. Ou ele é contratado CLT ou contratado pessoa jurídica. É mais fácil substituir (Informação verbal, entrevistado Secretário de Saúde).

No que tange à contratação de trabalhadores por meio de pessoa jurídica, aspecto pontuado pelo Secretário de Saúde, cabe destacar que essa “modalidade de contratação” ainda é questionada juridicamente. Ressalta-se também, na ideia de “tira um e bota outro”, que caberia ao gestor detalhar como se daria essa substituição para que prevalecessem critérios de transparência e processos de avaliação conhecidos pelo trabalhador. Com isso poder-se-ia evitar ou minorar demissões sem razões objetivas que poderiam não ser consideradas justas perante aos fundamentos de gestão do trabalho vigentes.

O Secretário de Saúde também analisou a gestão do trabalho como um elemento diferenciador de custos entre unidades sob gestão direta e indireta:

[...] fizemos alguns estudos do custo nas unidades sob gestão direta e sob gestão de O.S. e, em geral, as unidades sob gestão direta estavam mais caras. As diferenças de preços na aquisição de insumos não foram o grande diferencial, o grande diferencial é o investimento em recursos humanos (Informação verbal, entrevistado Secretário de Saúde).

O raciocínio preponderante nessa afirmativa é o da racionalização dos custos na saúde, a partir da flexibilização do trabalho. Neste ponto, cabe lembrar que a “solução” através do corte no número de trabalhadores ou não realização de concurso público não esgota o debate. Afinal, o papel do trabalhador no SUS, seu perfil e qualificação para o cuidado integral também poderiam ser avaliados como redutores de custos, na medida em que a construção de vínculos com usuários, desenvolvimento de projetos terapêuticos em equipe multiprofissional, com algum grau de estabilidade no emprego também pode impactar na situação de saúde de forma não restrita ao cuidado, pois, atua-se também na prevenção e promoção da saúde. Essa estratégia tem potencial para redução de custo e não foi relatada por nenhum dos entrevistados.

O contraponto desse argumento, da estabilidade profissional associada ao compromisso com usuário, foi pontuado pelo Secretário de Saúde ao descrever a temporalidade do contrato da PPP do Subúrbio:

Por ser um contrato de longo prazo, facilita consolidar uma equipe experiente, qualificada. Os profissionais

não foram pensando em trabalhar 1 ou 2 anos, foram pensando em trabalhar uns 15, 20 anos. O cara pode apostar naquilo ali como coisa duradoura, expectativa profissional dele (Informação verbal, entrevistado Secretário de Saúde).

Outras vantagens do modelo PPP, apontadas em associação com a gestão do trabalho, foram as diferentes formas de contratação e flexibilização da política salarial:

[...] No Hospital do Subúrbio a PPP tem flexibilidade pra montar o seu quadro de recursos humanos. Tem neurocirurgião, anestesistas e não se consegue viabilizar isso com salário do Governo do Estado, ainda mais um diretor de hospital. Um dos problemas da gestão pública é a remuneração de mercado ser maior do que a sua possibilidade. A PPP não tem obrigação de pagar igual a todos os profissionais, pode fazer uma política de remuneração valorizando o que está mais difícil de conseguir atrair. Essa flexibilização da política salarial facilitou montarem um quadro muito bom de profissionais, com compromisso forte com o projeto (Informação verbal, entrevistado Secretário de Saúde).

A complexidade da gestão de pessoas e o custo também foram realçados pelo parceiro privado como um desafio, principalmente para grandes unidades hospitalares com variedade de contratações.

[...] em um hospital privado a gente tem um custo de mão de obra que beira os 60%. No hospital público que não tem o convênio médico pagando a conta, esse percentual ultrapassa 70%. Quando junta pessoal próprio, terceirizados e médicos ultrapassa 70% de custo.

É muito pesado. No Hospital do Subúrbio temos em torno de mil e oitocentas pessoas trabalhando quando junta o pessoal próprio, assistencial, de apoio, médicos e os terceirizados (Informação verbal, entrevistado Diretor de hospital).

No que tange a custos, a literatura internacional não é conclusiva, pois os estudos comparativos de custo-efetividade dos hospitais gestados por modelo PPP e outro modelo bem como sua relação com o cuidado em saúde são divergentes e não elucidam de forma definitiva a questão (ACERETE; STAFFORD; STAPLETON, 2011; RAJAE; KHALID, 2015).

Em síntese, o estudo realizado evidencia que, em relação à gestão do trabalho, coexistem divergentes concepções e defesas no processo de negociação, sendo que o debate do contrato revela os interesses dos defensores de um modelo “flexível” na contratação, remuneração e demissão de trabalhadores e divergências com relação às vantagens ou desvantagens desse modelo de gestão do trabalho. Foi destacado como vantagem por um grupo de atores, especificamente representantes do setor privado, instituições financeiras, gestores e assessores jurídicos e, com percepção oposta, entrevistados como os Conselheiros de Saúde e os Gestores ligados à área de recursos humanos em saúde que consideram como ampla desvantagem o desvio da função estatal no modelo PPP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios propostos para as políticas públicas de saúde exigem a inclusão definitiva da gestão do trabalho na agenda governamental com propostas que destaquem financiamento, modelos assistenciais, flexibilização e regulação com a inclusão dos profissionais de saúde em suas diversificadas apresentações como participantes das políticas em seus aspectos político, administrativo, técnico e social.

É fundamental vislumbrar o mundo do trabalho e a indisociabilidade entre as práticas de atenção, gestão e formação, no sentido de desenvolver uma proposta em rede, articulando as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade, de modo a propiciar uma formação-gestão-atenção em saúde que integre diferentes profissionais, trabalhadores, gestores, docentes, discentes e população na construção do Sistema Único de Saúde.

Nos últimos anos, a área de recursos humanos tem sido alvo de iniciativas para viabilidade dos processos de reforma que necessitam ser acompanhadas e avaliadas para que haja garantia de mudanças reais institucionalizadas e legitimadas socialmente. O debate sobre a ‘reestatização’ ou ‘privatização’ da gestão do trabalho em saúde nas unidades hospitalares precisa levar em consideração também que há precarização, no conjunto de terceirizações feitas no interior dos hospitais públicos, com loteamento de pequenas empresas de prestação de serviços que contratam profissionais de diferentes categorias profissionais, com variedade de salários entre a mesma categoria para o desenvolvimento de atividades similares.

Outro desafio é pensar o trabalho em equipe, projetos terapêuticos, longitudinalidade do cuidado diante dessa ilimitada “flexibilidade” na gestão do trabalho. Essa questão ultrapassa a

escolha de modelos de gestão hospitalar. Repensar a gestão do trabalho, que garanta aos trabalhadores da mesma unidade direitos iguais, é obrigação de todos os gestores do SUS, pois, a satisfação no trabalho guarda relação direta com a qualidade do cuidado prestado ao usuário. Portanto, a gestão do trabalho não deve ser realizada apenas para o cumprimento de metas contratuais; ela deve respeitar a complexidade do trabalho em saúde, remunerando de forma decente e promovendo processos de educação permanente para todos os trabalhadores das equipes.

É preciso também destacar que é ponto pacífico o compromisso orçamentário e previdenciário que os trabalhadores na saúde geram para os governos, seus empregadores. Também estão explícitos os riscos de contratação de pessoal acima do teto permitido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). No entanto, deveria também estar pacificado que a LRF precisa ser revista com sensibilidade aguçada para o campo da saúde. Afinal, tratam-se de serviços essenciais à vida humana, entendida com prioridade máxima pela própria Constituição Federal.

Mas, enquanto a revisão da LRF não acontece, gestores de todo o país têm buscado modelos alternativos de contratação, relatados pelos entrevistados com jargões utilizados corriqueiramente nos serviços e na gestão referindo-se aos trabalhadores como “PJ”, “Reda”, “Redinha”, “temporário”, etc., naturalizando as desigualdades e a precarização do trabalho em saúde. Além disso, subcontratação de empresas de gestão de pessoas tem se tornado uma constante em muitas unidades hospitalares. A contratação de trabalhadores pelo parceiro privado da PPP, portanto, soma-se a essas variadas formas que têm se constituído como desafio na gestão do trabalho.

Sem dúvida, não arcar diretamente com os encargos legais da contratação de pessoas, bem como constituir parceria com o argumento de redução de pessoal, associado a manutenção

do número de atendimentos e melhorando o custo efetividade hospitalar como parece ter ocorrido no Hospital de Alzira, são atrativos para qualquer governo, pois apontam para ampliação do acesso, redução dos gastos com folhas de pagamentos e seus encargos e entre outras vantagens. Contudo, a garantia da qualidade do cuidado e a gestão do trabalho decente são pontos-chaves e não podem deixar de ser observados pelos gestores, trabalhadores, controle social, demais órgãos de controle, usuários e sociedade como um todo.

Por conseguinte, mais estudos comparativos precisam ser realizados, inclusive observando a rede de cuidados no entorno do hospital, a situação de saúde das populações envolvidas e a complexidade do perfil de cada unidade hospitalar em questão para que fique claro em que medida a redução responsável do número de trabalhadores é viável não só economicamente, mas principalmente social e humanamente. Além disso, a qualificação permanente desses trabalhadores, seu engajamento aos princípios do SUS e o respeito aos usuários e famílias são outros requisitos que devem passar não apenas por estudo, mas também pelo acompanhamento e controle público, buscando sua garantia.

A PPP do Hospital do Subúrbio, foco desse estudo, completa dez anos de operação este ano e o aprofundamento de estudos que qualifiquem o debate referente à gestão do trabalho no âmbito desse modelo de parceria é muito bem-vindo no campo da saúde coletiva. Afinal, as restrições orçamentárias impostas ao SUS historicamente se avolumaram com a emenda constitucional do teto dos gastos (Emenda Constitucional 95) e o setor vai passando por um estrangulamento ainda maior. Assim, analisar possíveis parcerias que garantam os princípios estruturantes do SUS não podem ser descartadas sem que pesquisadores, gestores, trabalhadores da saúde e usuários se debruçam sobre avaliações rigorosas acerca dos efeitos de sua implementação.

- ACERETE, B.; STAFFORD, A.; STAPLETON, P. Spanish healthcare public private partnerships: the Alzira model. **Critical Perspectives on Accounting**, v. 22, n. 6, p.533-549, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228929729>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Supl. 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00197316>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 abr. 2019.
- ANDRADE, L. **A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para Estratégia Saúde da Família na Bahia**. 2009. Dissertação (Mestrado) - ENSP/ FIOCRUZ, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2486/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Andrade_La%C3%ADse_Rezende.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.
- ANDRADE, L. **A escolha de parceria público-privada para gestão hospitalar na Bahia: atores, interesses e estratégias**. 2019. Tese (Doutorado) – ISC/UFBA, 2019.
- ANDRADE, L.; TEIXEIRA, M.; MACHADO, C. Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: a proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 65-76, abr. 2012.
- FIORI, J. L. **O poder global e a nova geopolítica das nações**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2007.

MACHADO, M. Trabalho e emprego em saúde. *In*: GIOVANELLA L., ESCOREL S., LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. (org.). **Políticas e sistema da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.309-330.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *In*: LIMA N. S. *et al.* (org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257- 284.

NOGUEIRA, R. P. **O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais: gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.

PIERANTONI, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200006>. Disponível: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200006. Acesso: 17 abr. 2019.

RAJAE, B.; KHALID, B. Public-Private Partnerships in health. **International Journal of Medicine and Surgery**, v. 2, n. 1, p.1-2, 2015.

Gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde: necessidades identificadas a partir da percepção dos sujeitos envolvidos*

Maria Aparecida Dias | cidaufrn@gmail.com

Dra. em Educação; profa. do Depto. de Educação Física da UFRN;
pesquisadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Nathalia Hanany Silva de Oliveira | nathalia.cgtes@gmail.com

Mestre em Saúde Coletiva; bacharela em Saúde Coletiva; pesquisadora
do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima | limarrt@gmail.com

Bacharel em Saúde Coletiva; doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN

Rosana Lúcia Alves de Vilar | rosanaalvesrn@gmail.com

Dra. em Ciências Sociais; profa. titular do Depto. de Enfermagem da
UFRN; pesquisadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com

Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e
coordenadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

* Este capítulo resulta da pesquisa A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Intervenções no Campo da Gestão, uma das atividades do projeto Apoio a Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas Regiões Norte e Centro-Oeste, realizado com financiamento do Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde.

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo do tempo, impôs aos estados e municípios uma agenda na qual a gestão do trabalho e da educação na saúde passou a ser incluída e a se configurar como uma importante área para intervenções, na perspectiva de sua autoqualificação. Com uma agenda diversificada e comprometida com a qualidade, na qual novos desafios se somam a antigos, a gestão do trabalho e da educação na saúde vem reforçando sua posição como prioritária para resolver grande parte dos problemas do SUS (VIEIRA et al., 2017; MAGNAGO et al., 2017a).

Magnago et al. (2017b) destacam que, a partir de 2003, com a reestruturação do Ministério da Saúde e criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), houve, em âmbito nacional, uma maior mobilização de políticas para a área da gestão do trabalho e da educação na saúde. Nesse sentido, a SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação da força de trabalho em saúde, bem como da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Em instituições de saúde, a gestão do trabalho e da educação na saúde requer profissionais capacitados para assumir as suas responsabilidades. Por ter características específicas vinculadas a um saber e a uma prática especializada, demanda a convergência de esforços na busca de alternativas que melhorem, qualifiquem e atualizem as estruturas existentes.

Para que esse processo aconteça, é necessária a capacitação das equipes responsáveis pela gestão do trabalho e da educação na saúde, assim como, uma análise e redesenho dos processos de trabalho.

Este artigo traz um recorte do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), que foi promovido pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN) em parceria com o Ministério da Saúde. Este curso teve como meta qualificar os processos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do setor público de saúde, nas cinco regiões do Brasil, através da capacitação dos trabalhadores que atuam nas dimensões política, técnica e administrativa. Especificamente, estamos trazendo um pouco do que foi identificado como necessidades nos locais de trabalho dos alunos/trabalhadores, a partir dos seus Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). Estes trabalhos tiveram como foco central questões que envolvem a Gestão do Trabalho em Saúde e que são vinculados às regiões Centro-Oeste e Norte.

Vale ressaltar que o curso foi desenvolvido utilizando a modalidade de Educação a Distância (EaD), no período de novembro de 2014 a janeiro de 2016, visando à ampliação do número de trabalhadores capacitados, característica primordial desta modalidade de ensino, o que gerou, conseqüentemente, uma maior abrangência da qualificação do processo de gestão (LIMA; SILVA, 2018).

No CGTES, a proposta do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) a ser desenvolvida pelos alunos se caracterizou por um projeto de intervenção, sendo preciso identificar um problema – dentro do seu local de trabalho – e, a partir deste, apresentar uma proposta com a finalidade de solucionar o problema identificado no projeto.

Para que a proposta intervencionista fosse efetivada, o aluno do curso precisava compreender, inicialmente, a importância do conhecimento científico para eficácia das práticas do trabalho em saúde e desenvolver um olhar reflexivo e propositivo que garantisse um raciocínio científico, possibilitando construir sistematicamente o seu projeto de intervenção (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2018).

A partir do mapeamento desses projetos de intervenção, este estudo teve por objetivo avaliar os principais problemas da gestão do trabalho nas secretarias estaduais e municipais de saúde, na perspectiva de trabalhadores do SUS das regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo documental e de abordagem qualiquantitativa, cuja fonte de dados foi o banco de TCC do CGTES, que se encontra disponível publicamente na biblioteca virtual do Observatório de Recursos Humanos da UFRN (www.observatoriorh.ufrn.br). Tal pesquisa foi desenvolvida entre outubro de 2017 e fevereiro de 2018.

A coleta dos dados foi realizada através de duas etapas. A primeira foi um levantamento inicial de todos os projetos de intervenção para seleção daqueles que estão direcionados à área da gestão do trabalho em saúde. A segunda foi a elaboração de uma planilha matriz por estado, elencando: título, âmbito de atuação, problema da intervenção, foco da intervenção, participante, o que o propõe e resultados esperados de cada projeto.

A análise dos dados qualitativos foi feita com a utilização da técnica de análise temática de conteúdo proposta por Minayo

(2013). Nesse sentido, a leitura emergiu como técnica que se propôs à apreensão de uma realidade visível, mas também de uma realidade invisível em que se pode extrapolar o que vem além do texto. A exploração do material refere-se ao processo de classificação dos dados em busca do núcleo de compreensão textual.

Para sistematização dos dados qualitativos, identificou-se categorias de análises a partir da leitura dos resumos dos projetos de intervenção considerando as temáticas que os mesmos apresentaram para posterior executar o agrupamento dos trabalhos em temas chave da área da gestão do trabalho em saúde. Assim, foram elencadas as seguintes categorias: Direito do Trabalhador; Avaliação de Desempenho; Implementação da Política da Gestão do Trabalho; Mesa de Negociação Permanente; Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); Humanização; Desprecarização do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Organização do Processo de Trabalho; Gestão Participativa; Sistema de Informação; Condições de Trabalho e Dimensionamento de Pessoal. Utilizamos estas categorias para as duas regiões que são objetos deste estudo.

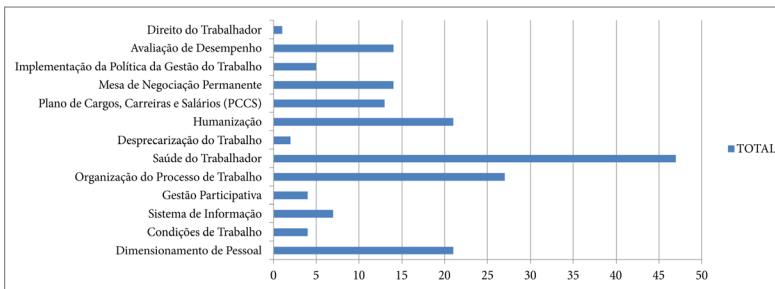
Após o processo de categorização e identificação dos núcleos de sentido, seguimos para o tratamento e interpretação dos resultados através da inferência e interrelações com literatura que trata das principais temáticas identificadas.

A análise dos dados quantitativos desenvolveu-se por meio da tabulação dos dados no software Excel e posterior tratamento estatístico descritivo com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), no qual foi possível gerar os gráficos utilizados neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gráfico da região Centro-Oeste nos mostra o quantitativo de 175 trabalhos de conclusão de curso apresentados pelos alunos/trabalhadores com o foco na área de Gestão do Trabalho em Saúde. Vale ressaltar que o total de projetos apresentados na região Centro-Oeste foi de 288 trabalhos, assim, observamos que 60% destes apresentaram como protagonistas as necessidades vinculadas à área de Gestão do Trabalho em Saúde.

Gráfico 1 - Categorias Região Centro-Oeste



Fonte: Autores

É possível observar que quatro categorias se destacam de forma mais efetiva, a saber: Humanização, Saúde do Trabalhador, Organização do Processo de Trabalho e Dimensionamento de Pessoal. Identifica-se, em especial, que a categoria (temática) “Saúde do Trabalhador” representa quase 27% dos projetos de intervenção, percentual bastante expressivo e que nos leva a reflexões importantes quando pensamos nas condições de trabalho, sua interface com a Saúde do Trabalhador e o papel gestor neste processo, e como isso repercute no cotidiano do trabalhador do Sistema Único de Saúde.

A discussão sobre a Saúde do trabalhador não é recente, não somente no Brasil, mas no mundo. No Brasil, muitos avanços podem ser identificados nessa direção, entre elas está a publicação da Portaria nº 1679, de setembro de 2002, que criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2018).

Na verdade, mesmo com iniciativas como estas, entre outras pautadas no tema das políticas da saúde do trabalhador, esta temática continua em pauta e com necessidades a serem atendidas no cotidiano dos vários espaços que constituem o SUS e seus trabalhadores.

Os trabalhos de intervenção, em sua maioria, apontam para o adoecimento do trabalhador do SUS, de forma significativa, tendo como elementos para este adoecimento as condições de trabalho, a precarização salarial e a violação dos direitos e suas implicações na saúde do trabalhador. Nesta direção, aponta-nos Castro, Vilar e Liberalino (2018, p. 92):

No campo da produção do conhecimento, estudos tem demonstrado como a precariedade das condições de trabalho, que se expressa através da violação de direitos trabalhistas, da inadequação do ambiente de trabalho e do aumento da demanda e da produção vem interferindo, sobremaneira, na condição de saúde dos trabalhadores.

É notório que estamos em um tempo em que o desempenho e a produtividade são fundamentais, como nos afirma Han (2017, p. 23) “a sociedade do Século XXI não é mais a sociedade disciplinar, mas uma sociedade de desempenho”. Desempenho e produtividade são os elementos que norteiam os espaços de trabalho, espaços estes que nem sempre apresentam condições adequadas para que estas demandas sejam alcançadas.

A cobrança de eficiência para com o trabalhador deveria ocorrer a partir de condições adequadas e em permanente diálogo com este mesmo trabalhador para que suas demandas laborais sejam ouvidas por parte do gestor. Muitas vezes, a ausência deste diálogo pode causar ansiedade, medo e cansaço neste trabalhador.

O acúmulo de situações laborais, que desconsiderem o sujeito/trabalhador em seu processo de trabalho, podem levar ao adoecimento e ao agravamento deste adoecimento materializado, como, por exemplo, angústia, depressão, Síndrome de Burnout, entre outras patologias.

A partir destas reflexões, acreditamos que os dados que foram apresentados nos trabalhos de conclusão de curso dos alunos/trabalhadores e que foram vinculados ao Centro-Oeste, com enfoque na Gestão do Trabalho, especificamente na Saúde do Trabalhador, apontam para necessária atenção diante da Saúde do trabalhador e suas interfaces.

Um gestor do SUS não pode ficar alheio ou distante das necessidades de saúde apresentadas pelos trabalhadores que integram a sua equipe. Afinal, este compromisso é elemento fundamental para uma gestão de qualidade e solidária.

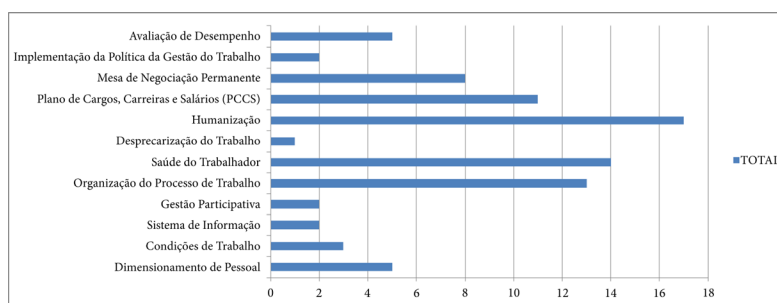
Diante disso, vale destacar que algumas propostas dos trabalhos de intervenção com o foco na Saúde do trabalhador apresentaram, em seus objetivos, a criação de espaço de escuta e de lazer para as equipes de trabalho com o intuito de minimizar as situações de sofrimento no espaço de trabalho. Desta maneira, é fundamental que o gestor desenvolva um olhar cada vez mais cuidadoso e proativo diante das demandas apresentadas por sua equipe.

No tocante à região Norte, foi identificado que, dentre os 187 trabalhos de intervenção que foram apresentados nesta região, 83 trabalhos de intervenção apresentados pelos alu-

nos/trabalhadores tiveram como foco a área de Gestão do Trabalho em Saúde, ou seja, um percentual de 45% dos trabalhos de intervenção.

Consideramos que este percentual é bastante significativo e mostra o equilíbrio entre as duas áreas que materializaram o escopo da Especialização, ou seja, a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde. O Gráfico a seguir nos posiciona como se configuraram as temáticas naquela região.

Gráfico 2 - Categorias Região Norte



Fonte: Autores

Observa-se que cinco categorias se destacam de forma mais efetiva, a saber: Mesa de Negociação, Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), Humanização, Saúde do Trabalhador e Organização do Processo de Trabalho. Identifica-se, em especial, que a categoria “Humanização” se destaca e representa quase 20% dos projetos de intervenção, vindo, em seguida, a categoria “Saúde do Trabalhador” com um percentual de 17%, ou seja, duas temáticas de bastante relevância e com aproximações significativas, mesmo considerando suas especificidades.

A humanização, como ponto de pauta, traz-nos inúmeras reflexões acerca do distanciamento cada vez maior da essência humana, no que se refere ao compartilhar ideias, estabelecer vínculos, respeitar a subjetividade como elemento complementar da objetividade e resultados inerentes ao trabalho, em especial, ao trabalhador do SUS. Este deve ser incentivado a ser protagonista dos processos de trabalho, não somente como agente de expressão em seu caráter individual, mas, principalmente, na possibilidade do coletivo, do trabalho em equipe e da organização democrática no qual as diferenças não afastam, mas, sim, fomentam aprendizagens para os sujeitos envolvidos. Corroborando com este pensamento, Castro, Vilar e Liberalino (2018, p. 77) afirmam que

[...] a humanização do SUS, portanto, vai além das noções de civilidade e exige reconhecer a dimensão do humano presente na produção do trabalho em saúde como complexa e dinâmica, conflituosa e contraditória, buscando lidar com ela a partir de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade entre os vínculos estabelecidos, de respeito aos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Mais adiante, as autoras nos chamam a atenção quanto à importância de uma gestão que fomente os processos de humanização para que possamos enfrentar os possíveis problemas que ocorram na gestão. Castro, Vilar e Liberalino (2018, p. 77) ainda lembram que

[...] isso significa que a gestão é também passível de humanização, ou seja, é possível enfrentar e lidar com os problemas da gestão de forma a reconhecê-los

como produzido nas relações entre os sujeitos e pelos sujeitos que produzem o trabalho em saúde.

Tais reflexões reafirmam o porquê dos projetos de intervenção que foram oriundos dos alunos da região Norte terem a temática da Humanização como uma das principais, fomentando uma aproximação com o tema da Saúde do Trabalhador, que também apresentou destaque nos trabalhos apresentados.

Este diálogo entre estas duas temáticas aparece, por exemplo, quando observamos a Política Nacional de Humanização e verificamos que, nas propostas apresentadas por esta política em suas diretrizes, já está sinalizada a importância da valorização do trabalhador enquanto sujeito e suas dificuldades no contexto do trabalho. Dificuldades estas que, na maioria das vezes, influencia na saúde deste mesmo trabalhador. Desta maneira, as duas temáticas (Humanização e Saúde do Trabalhador) apresentam interfaces e provocam uma fundamental atenção por parte do gestor em seu processo de atuação e condução técnico/administrativa diante da sua equipe de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde apresentou, através dos dados coletados em seus relatórios, elementos importantes para a discussão sobre Gestão em Saúde e Educação em Saúde, tendo como foco o Sistema Único de Saúde. Neste artigo, trouxemos um recorte apenas dos trabalhos de conclusão de curso das regiões Centro-Oeste e Norte, que tiveram como foco a Gestão do Trabalho em Saúde.

Muito interessante identificar que os temas Saúde do Trabalhador e Humanização foram os que mais apareceram como proposta para intervenção. Estes dados nos fazem refletir sobre a necessidade intermitente de considerarmos o ser sujeito/trabalhador como efetivo protagonista das Políticas Públicas que implicam o espaço inerente ao SUS. Revelam-nos, ainda, o quanto a produção do conhecimento com tais temáticas deve ser incentivada, aprofundada e socializada com a sociedade de um modo geral e, em especial, com os gestores que atuam no SUS nos mais variados cargos, para que estes possam construir uma gestão coletiva, com escuta, com solidariedade, coparticipativa, comprometida com um trabalho que favoreça a todos os envolvidos. Tudo isso fazendo com que tenhamos menos adoecimento e mais colaboração.

- CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Natal: Edufrn, 2018.
- HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. 2. ed. ampl. Petrópolis: Vozes, 2017.
- LIMA, R. R. T.; SILVA, J. S. A educação no trabalho como estratégia para qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 253-254, jan. 2018.
- MAGNAGO, C. *et al.* Política de gestão do trabalho e educação em saúde: a experiência do ProgeSUS. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 5, p.1521-1530, maio, 2017a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n5/1521-1530/pt/>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- MAGNAGO, C. *et al.* Implantação das mesas de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. **Saude Sc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 336-347, Apr./June, 2017b. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017172960>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200336&tlng=pt. Acesso em: 17 abr. 2019.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 110-121, Oct./Dec. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811905>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400849&tlng=pt. Acesso em: 17 abr. 2019.

Saúde do trabalhador e condições de trabalho em saúde no Centro-Oeste do Brasil*

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com
Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e coordenadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes | tameca@hotmail.com
Mestre em Saúde Coletiva; sanitarista da UFRN e pesquisadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Rosana Lúcia Alves de Vilar | rosanaalvesrn@gmail.com
Dra. em Ciências Sociais; profa. titular do Depto. de Enfermagem da UFRN; pesquisadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Nathalia Hanany Silva de Oliveira | nathalia.cgtes@gmail.com
Mestre em Saúde Coletiva; bacharela em Saúde Coletiva; pesquisadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Emanuelle Yasmim S. do Nascimento | manuwtml@gmail.com
Bacharela em Saúde Coletiva; especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Samara da Silva Riberio | samara_ribeiro15@hotmail.com
Bacharela em Saúde Coletiva; especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; bolsista de iniciação científica do Observatório de RH em Saúde da UFRN

* Este capítulo resulta da pesquisa Saúde do Trabalhador e Condições de Trabalho em Saúde, uma das atividades do projeto Apoio a Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas Regiões Norte e Centro-Oeste, realizado com financiamento do Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde.

As manifestações de adoecimento relacionadas às condições de trabalho não são, como refere Antunes e Praun (2015), fenômenos novos. Em meados do século XIX, ao estudar a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, Friedrich Engels já evidenciava como as condições de vida e de trabalho se encontravam na raiz de um conjunto de enfermidade. Em pleno século XXI, as “incríveis” inovações tecnológicas tão propagadas não garantiram mudanças na relação trabalho x adoecimento na perspectiva de um cenário favorável à saúde do trabalhador, pelo contrário, o que se observa é o surgimento de novas formas de adoecimento tendo as condições de trabalho como um dos determinantes.

Segundo Bender et al. (2016), o trabalhador que exerce suas atividades em ambiente adverso, com condições de trabalho não adequadas, exercendo suas atribuições dentro de um padrão que não corresponde às suas expectativas, pode vivenciar sentimentos de sofrimento relacionados ao trabalho.

Antunes e Praun (2015) destaca alguns elementos que podem ser identificados como causas de adoecimento no trabalho na sociedade do século XXI, como por exemplo: a flexibilização/precarização das relações de trabalho; a individualização e solidão no local de trabalho; o assédio como estratégia de gestão e a terceirização que o autor considera uma porta aberta para os acidentes de trabalho.

De acordo com Castro, Alves e Liberalino (2018), a existência de condições desencadeadoras de sofrimento, estresse

e ansiedade é uma realidade no cotidiano dos serviços de serviços de saúde. A afirmativa das autoras corrobora os estudos de Rollo (2007) que evidenciam alguns fatores considerados determinantes no processo de adoecimento do trabalhador, entre eles, a crescente demanda por serviços de saúde desproporcional à capacidade de oferta, processo de trabalho fragmentado, gestão autoritária e a alienação do trabalhador no que diz respeito aos resultados do seu trabalho. Para Rollo (2007), esses fatores geram sensação de incompetência, diminuição da autoestima, agressividade e outros sintomas. Esta situação, muitas vezes, justifica o elevado índice de abstenções no trabalho, como revela o estudo de Ferreira et al. (2012), ao demonstrar que a ausência de estratégias de valorização profissional, o estresse, o ambiente psicossocial, a insatisfação com o trabalho, dentre outros, são fatores que determinam as ausências no trabalho.

A pesquisa que deu origem a este artigo teve como ponto de partida os estudos citados e considerou como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre as implicações das condições de trabalho na saúde do trabalhador das instituições de saúde. A referida pesquisa integrou o conjunto de atividades do projeto de Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Regiões Norte e Centro-Oeste, resultado de Termo de Cooperação Descentralizado assinado entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, de caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Os documentos analisados foram produzidos no período de novembro de 2014 a janeiro de 2016, durante o curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizado na modalidade a distância. Eles correspondem às atividades acadêmicas desenvolvidas pelos estudantes do curso citado. Estes estudantes são dirigentes e trabalhadores das secretarias de saúde da região Centro-Oeste do Brasil.

O processo de análise dos documentos ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2017 tendo como ponto de partida a leitura das atividades didáticas que versavam sobre a saúde do trabalhador e as condições de trabalho em saúde, postadas pelos alunos na plataforma pedagógica virtual do curso referido. Nessas atividades foi solicitado para que os alunos identificassem, nas suas instituições, os motivos de afastamento, absenteísmos, ou justificativas de atrasos dos trabalhadores. Em seguida, foi solicitado que eles elaborassem diagnóstico da situação encontrada procurando compreender se as condições de trabalho podiam ser consideradas causas desses afastamentos e /ou absenteísmo.

Para a coleta e sistematização das informações, foram realizados os seguintes procedimentos: 1. Solicitação junto à Coordenação do curso para acessar as respostas das atividades referentes à Saúde do Trabalhador; 2. Para a aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão todas as respostas foram lidas.

Foram incluídos na população do estudo profissionais de saúde que responderam a atividade didática que tratava da temática em estudo, realizada nos cursos supracitados. Os crité-

rios de exclusão utilizados foram as respostas que fugiram da questão posta na atividade didática, bem como as respostas que foram desenvolvidas em dupla.

Após seleção dos documentos, realizou-se a preparação do *corpus* para análise textual. Os dados foram tratados de setembro a outubro de 2017. O conteúdo textual dos documentos foi submetido à análise lexicográfica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com auxílio do software *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq).

O Iramuteq é um software livre que viabiliza diferentes tipos de análises de dados textuais, desde a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (análise de similitude e classificação hierárquica descendente). O software Iramuteq apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizar diferentes recursos técnicos de análise lexical (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A Classificação Hierárquica Descendente foi utilizada como método de tratamento dos dados. Esta análise visa obter categorias que o programa denomina classes, as quais são constituídas por vocábulos homogêneos entre si e vocábulos diferentes em relação às outras classes/categorias. Após a realização de cálculos estatísticos textuais, o software organiza a análise dos dados em um dendrograma que ilustra as relações entre essas classes/categorias. Em âmbito interpretativo, a significação das classes depende do marco teórico de cada pesquisa (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Para definição das palavras mais significativas em cada classe, foram considerados três critérios: 1) Frequência da palavra na classe maior que o ponto de corte, o qual foi obtido pela divisão do número de ocorrências pelo número de formas; 2) Valor de qui-quadrado (X^2) maior ou igual a 3,83

(quanto maior o valor do qui-quadrado, maior a associação com a classe); 3) Valor de $p \leq 0,05$.

Após a conformação das classes semânticas pelo software, os documentos foram analisados à luz da Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin consiste em um conjunto de técnicas e análise das comunicações que objetiva obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

O estudo foi realizado com base nos princípios da bioética e submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em cumprimento à Resolução nº 466/2012, sendo aprovado com número de Parecer: 2.055.011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

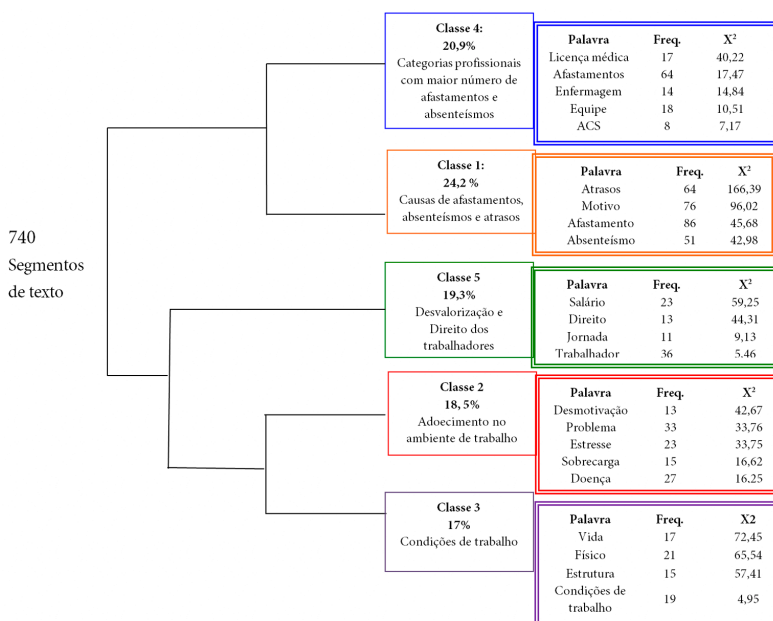
O universo da pesquisa se constituiu inicialmente de 393 documentos. Deste total foram excluídos os documentos cujas respostas não condiziam com os objetivos do enunciado da questão (126 atividades), bem como as atividades que foram respondidas por duplas de alunos (55 atividades). Ao final, foram selecionados 212 documentos, sendo 42 de Goiás, 70 de Mato Grosso, 78 de Mato Grosso do Sul e 22 do Distrito Federal.

Quanto ao perfil dos profissionais cujos depoimentos constam nos documentos textuais da pesquisa, observou-se uma maioria de servidores da cor branca (48,4%), de nível superior (45%), que trabalham em instituições da esfera municipal (43,2%) e com vínculo estatutário (60,7%).

A análise do *corpus* proveniente dos documentos resultou em 27.772 ocorrências de palavras distribuídas em 4.453 formas. Por meio da Classificação Hierárquica Descendente, foram analisados 804 segmentos de texto, com retenção de 92,04% (740 segmentos de texto) do *corpus* textual para construção das cinco classes advindas das partições de conteúdo.

As classes/categorias receberam as seguintes denominações: 1) Causas de afastamentos, absenteísmos e atrasos; 2) Adoecimento no ambiente de trabalho; 3) Condições de Trabalho; 4) Categorias profissionais com maior número de afastamentos e absenteísmos; 5) Desvalorização e direitos dos trabalhadores, conforme se pode observar na Figura 1.

Figura 1 - Dendrograma do corpus da pesquisa. Região Centro-Oeste/2017



Fonte: Autores

Causas de afastamentos, absenteísmos e atrasos

A Classe 1, denominada “Causas de afastamentos, absenteísmos e atrasos”, foi formada por 179 segmentos de texto, representando 24,2% dos segmentos de texto classificados como mostra a Figura 1. Nessa classe, as palavras mais significativas foram: “atrasos”, “motivo”, “afastamento” e “absenteísmo”.

Essa classe aborda questões relacionadas aos motivos de afastamentos, absenteísmos e atrasos citados identificadas nos documentos analisados. Vale ressaltar que, neste estudo, o afastamento é definido como a ausência do trabalho para fins pessoais ou profissionais com respaldo jurídico, tais como licença prêmio, licença capacitação, licença médica etc. Já o absenteísmo é considerado como a ausência no trabalho sem a devida justificativa ou comprovação.

Ao analisar os motivos mais citados que causam os afastamentos do trabalho, evidencia-se que o trabalhador de saúde está submetido a extensas jornadas de trabalho e convive com profundo sentimento de desvalorização. Este sentimento gera desconforto e desmotivação em relação à realização do trabalho. O profissional também se ressentia da ausência de uma política de promoção da saúde do trabalhador da saúde.

Os principais motivos de afastamentos, absenteísmo ou justificativas de atraso estão relacionados à dupla jornada de trabalho, questões pessoais, motivos relacionados aos aspectos saúde, férias, motivos educacionais (Informação verbal, entrevistado a207).

Os motivos de afastamento, observado no quadro dos efetivos nos últimos doze meses, estão relacionados com a falta de implantação de política destinada à saúde do trabalhador (Informação verbal, entrevistado a147).

Os principais motivos de afastamentos e atrasos neste setor escolhido se dão por questões de saúde do trabalhador. São diversas as causas e os tipos de enfermidades que estão acometidos os servidores públicos, desde simples alergia ou resfriado, à doença mais complexa (Informação verbal, entrevistado a03).

Após o levantamento foi possível observar que muitos atestados médicos foram por motivo de tratamento de doenças em outra localidade, por exemplo, deslocamento até a capital por falta de médico especialista na cidade (Informação verbal, entrevistado a163).

O maior índice de afastamento, faltas e atrasos são subnotificados e estão relacionados à desmotivação (Informação verbal, entrevistado a127).

O despreparo de alguns gestores para lidar com os problemas existentes no processo de trabalho foi avaliado como um fator que interfere no desempenho dos trabalhadores e faz com que eles não queiram frequentar o serviço.

Gestores sem conhecimento técnico assumiram a pasta e não souberam lidar com os problemas no processo de trabalho, coagindo, pressionando, favorecendo poucos e desmotivando os profissionais (Informação verbal, entrevistado a67).

Segundo Santos, Borges e Machado (2018), o absenteísmo atinge instituições de todos os tamanhos e segmentos. Está relacionado à satisfação dos trabalhadores, que muitas vezes é comprometida pela falta de incentivo ou pela inexistência de um ambiente agradável para a realização do seu trabalho. O ambiente não saudável costuma acarretar altos índices de faltas, abandono do emprego ou baixa produção.

Adoecimento no ambiente do trabalho

A Classe 2, “Adoecimento no Ambiente de trabalho”, que é formada por 137 segmentos de texto, representa 18,5% dos segmentos de texto classificados, conforme exhibe a Figura 1. As palavras mais significativas foram: “desmotivação”, “problema”, “estresse” e “doença”. As respostas dos estudantes à atividade didática que tratava desta temática revelam como eles percebem as implicações das condições de trabalho e do ambiente de trabalho na sua saúde.

Em alguns casos a dificuldade para dormir também está relacionada a fatores como ansiedade e estresse desencadeados pelo ambiente de trabalho (Informação verbal, entrevistado a210).

Dentre os servidores de nível fundamental, principalmente os ACS, pode-se observar muitos períodos de atestado por depressão, o que pode estar relacionado ao excesso de procedimentos burocráticos, ao não reconhecimento do serviço prestado e a desestruturação da equipe, causando problemas psíquicos em muitos servidores (Informação verbal, entrevistado a63).

Em um caso mais extremo há um funcionário diagnosticado com síndrome de Burnout um exemplo típico de problema de saúde totalmente relacionado a situações vivenciadas no ambiente de trabalho (Informação verbal, entrevistado a210).

Rosado, Russo e Maia (2015) alertam para a natureza contraditória do trabalho em saúde. Os autores problematizam o fato de os trabalhadores atuarem na promoção e cuidado da saúde dos usuários e terem sua saúde prejudicada em decor-

rência do desenvolvimento das suas atividades, considerando que eles ficam expostos a fatores que provocam estresse, cansaço, ausência de hábitos saudáveis, hipertensão arterial, distúrbios do sono, cardiovasculares, osteomusculares e gastrintestinais. Nesse sentido, Guilou (2015) diz que as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo fazem parte do grupo de doenças que mais acometem os profissionais. Os achados da nossa pesquisa corroboram as afirmações dos autores.

Percebo que, na minha equipe, os casos de bursite, síndrome do túnel do carpo, tendinite, lordose, entre outras doenças, são muito frequentes, porém são desencadeadas devido às atividades de rotina do setor da saúde (Informação verbal, entrevistado a67).

Os ACS apresentam principalmente doenças osteomusculares devido às longas distâncias percorridas e à doença de pele por exposição excessiva ao sol (Informação verbal, entrevistado a57).

Acidentes de trabalho, devido aos riscos ocupacionais que estão expostos, são frequentes. Porém, muitas vezes, os trabalhadores não relacionam suas enfermidades aos riscos que estão submetidos (Informação verbal, entrevistado a105).

A equipe da recepção enfrenta problemas relacionados à digitação como Lesão por Esforço Repetitivo (LER), isso ocasiona muitos atestados e afastamento (Informação verbal, entrevistado a147).

Podemos perceber algumas características de estresse ansiedade, principalmente porque não temos uma rotina de atividades. O trabalho é inseguro, o alerta é

sempre o foco principal, afinal, não sabemos quando os privados de liberdade resolverão fazer uma rebelião (Informação verbal, entrevistado a114).

A forma como está organizado o processo de trabalho nas instituições de saúde e sua repercussão no corpo do trabalhador também foi observada nas respostas analisadas. A sobrecarga de trabalho foi um dos fatores mais citados entre aqueles que afetam negativamente a saúde dos trabalhadores.

A excessiva carga horária é fator desencadeante para ocorrência de várias doenças ocupacionais e estresse (Informação verbal, entrevistado a185).

Outro motivo de adoecimento é o duplo, e até triplo, vínculo trabalhista que alguns profissionais mantêm (Informação verbal, entrevistado a180).

A rotatividade de profissionais é intensa, a falta condições de trabalho emperra o fluxo dos atendimentos, os salários são incompatíveis com a função (Informação verbal, entrevistado a185).

O adoecimento devido aos múltiplos vínculos empregatício é enfatizado em estudo de Brotto e Dalbello-Araujo (2012). Segundo os autores, os baixos salários pagos aos profissionais de saúde implicam na procura por mais de um emprego, que leva ao cansaço e ao adoecimento, visto que eles se desgastam e adoecem por não conseguirem recompor suas energias.

A insuficiência de recursos humanos também gera sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, insatisfação e absenteísmo, conforme pode ser observado a seguir:

Identifica-se grande número de licenças médicas para tratamento de saúde em decorrência de transtornos

físicos e mentais relacionados ao estresse pelo trabalho em turnos, sobrecarga de trabalho gerado por um déficit de RH, além da dificuldade de se lidar com as situações adversas relacionadas ao tratamento do paciente oncológico (Informação verbal, entrevistado a33).

Alves, Godoy e Santana (2006) dizem que o número insuficiente de recursos humanos pode provocar aumento no índice de absenteísmo, uma vez que acarreta sobrecarga de atividades, insatisfação e desorganização do trabalho da equipe. Ademais, as ausências dos trabalhadores nos serviços afetam a qualidade da assistência prestada aos usuários.

A precarização dos vínculos empregatícios também foi citada como uma das causas de adoecimento relacionadas ao trabalho.

Os contratados são submetidos a um vínculo empregatício precário, sem direitos trabalhistas e colocando os trabalhadores em situações de insegurança e instabilidade, resultando em estresse, infelicidade e baixa autoestima. O trabalhador pode até estar no seu local de trabalho, todavia, improdutivo e desanimado (Informação verbal, entrevistado a122).

Gondin (2018) analisa que a flexibilização dos direitos trabalhistas trouxe prejuízos socioeconômicos e psíquicos para o trabalhador. O medo constante do desemprego tem gerado nos trabalhadores da saúde a necessidade de procurar vários empregos, submetendo-se, assim, a uma exaustiva jornada de trabalho na perspectiva de obter melhor renda. Neste contexto, identificam-se situações de ansiedade e sintomas de sofrimento mental.

Condições de trabalho

A Classe 3, denominada “Condições de Trabalho”, foi formada por 126 segmentos de texto, representando 17% dos segmentos de texto classificados, conforme mostra a Figura 1. As palavras mais significativas dessa classe foram: “Vida”, “físico”, “estrutura” e “condições de trabalho”.

Destacam-se nessa classe as questões ligadas, principalmente, às questões relacionadas às condições inadequadas dos ambientes de trabalho.

Estruturas físicas inadequadas, condições de trabalho impróprias, equipamentos e quantitativo de pessoal impróprio para realização do trabalho são fatores que contribuem para o estado de adoecimento do trabalhador (Informação verbal, entrevistado a108).

Por vezes os servidores trabalham em locais onde a estrutura física e os materiais utilizados não são suficientes para garantir um bom atendimento à população, esta situação provoca dor e ansiedade (Informação verbal, entrevistado a186).

Antunes e Praun (2015) ressaltam que o modelo de gestão atual se mostra incapaz de garantir condições de trabalho minimamente adequadas à saúde física e mental dos trabalhadores. Nesse contexto, a insatisfação com e no trabalho impera, e, como já foi referido anteriormente, a situação de insatisfação gera desmotivação que por sua vez é um dos fatores identificados como desencadeantes do absenteísmo.

Rodrigues et al. (2013) ressaltam a importância de se investir em programas de promoção da saúde no trabalho. Afinal, a responsabilidade de “lidar com vidas”, cujos atendimentos se dão em ambientes em condições precárias, destaca-se como

um fator causador de estresse, muitas vezes contribuindo para o adoecimento do próprio trabalhador, como pode ser observado a seguir:

Os trabalhadores da saúde frequentemente enfrentam situações de grande pressão, pois o trabalho desenvolvido e as decisões tomadas incidem diretamente sobre a vida do paciente. Muitas vezes, o tratamento adequado que poderia gerar melhores resultados não pode ser utilizado por falta de recursos e de estrutura (Informação verbal, entrevistado a178).

As causas de afastamentos e absenteísmo, geralmente são decorrentes das condições de trabalho, da dinâmica, exposição física e mental que os trabalhadores da saúde lidam diariamente, sem contar com a tensão emocional, atenção e grande responsabilidade que temos de lidar com vidas (Informação verbal, entrevistado a39).

61

Categorias profissionais com maior número de afastamentos e absenteísmo

A Classe 4, “Categorias profissionais com maior número de afastamentos e absenteísmo”, foi composta por 155 segmentos de texto, representando 20,9% dos segmentos de texto classificados. Teve como palavras mais significativas “licença médica”, “afastamentos”, “enfermagem”, “equipe”, “ACS”.

Nesta classe, destacaram-se os profissionais de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, respectivamente, como os profissionais que mais se ausentam do trabalho, seja por afastamentos ou absenteísmo, conforme a compreensão desses termos pela pesquisa.

Tem-se observado, na instituição, o adoecimento de seus servidores especialmente da equipe técnica de enfermagem. São constantes as faltas, afastamentos prolongados e muitas solicitações de restrições de atividades do servidor exigidas pelo médico do trabalho (Informação verbal, entrevistado a180).

Em parte, pode ser que as condições de trabalho gerem reflexos diretos ou indiretos. A grande maioria esmagadora de atestados médicos estão em torno da categoria dos ACS, por trabalharem mais externamente as unidades, realizando as visitas na área adscrita da região da sua unidade de saúde (Informação verbal, entrevistado a38).

Foi realizada análise das razões de afastamento e chegamos ao patamar que 46,95% poderiam ter motivos relacionados diretamente ao ambiente de trabalho, sendo estes profissionais de enfermagem. (Informação verbal, entrevistado a149).

O elevado número de atestados na área de enfermagem apresenta uma gama de justificativas: não há no hospital programas de prevenção à saúde do trabalhador, muitos técnicos de enfermagem trabalham em dois hospitais, realizando assim uma carga horária extrema, que muitas vezes chega a atingir até mais de 120 horas semanais (Informação verbal, entrevistado a93).

Falta de interesse por parte dos gestores de efetivar as políticas (de saúde do trabalhador) que poderiam contribuir de forma positiva na vida do trabalhador, melhorando os indicadores relacionados à saúde do trabalhador que colocam o hospital em uma situação crítica quando se trata de servidor, principalmente na

categoria da enfermagem (Informação verbal, entrevistado a170).

Os estudos realizados por Brey et al. (2017) sobre absenteísmo em trabalhadores de saúde revelaram elevado número de afastamento por licenças médicas, com destaque para a categoria de enfermagem. Ainda em relação à equipe de enfermagem, outros autores como Santiago e Paiva (2017) mostram que sobrecarga de trabalho, desgaste do trabalhador, dimensionamento inadequado, autorizações médicas, ocorrências de acidentes, adoecimentos laborais, jornada de trabalho excessiva, alterações psicológicas e o descontentamento com o trabalho são alguns dos fatores que incidem sobre essa força de trabalho.

A fim de que o absenteísmo não gere altos custos para os serviços de saúde, Ribeiro e Kuroba (2016) enfatizam a necessidade de se investir em dois elementos essenciais para a realização do trabalho: a motivação no trabalho e o número suficiente de profissionais para evitar sobrecarga da equipe.

A relação entre as condições inadequadas ou deletérias de trabalho parece ser uma presença na vida de quase toda a força de trabalho da Saúde. Um estudo realizado por Medeiros et al. (2015) sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mostra que a escassez de material nas unidades básicas de saúde, as precárias relações na equipe com a gestão e com a própria família, a exposição em ambientes de risco, o não reconhecimento do trabalho realizado por esses profissionais, a exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos têm repercutido de forma negativa na saúde desses trabalhadores.

Desvalorização e direitos dos trabalhadores

A Classe 5, “Desvalorização e Direitos dos Trabalhadores”, concentra questões relacionadas aos direitos dos trabalhadores que, segundo os profissionais da saúde, não estão sendo respeitados pelas instituições.

Esta classe foi formada por 143 segmentos de texto, representando 19,3% dos segmentos de texto classificados, e as palavras mais significativas foram: “salário”, “direito”, “jornada”, “trabalhador” e “instituição”.

Os baixos salários foram apontados como um dos principais causadores da sensação de trabalho não valorizado e como um dos determinantes dos afastamentos dos trabalhadores do emprego e do adoecimento dos mesmos.

Na minha instituição, temos quatro funcionários afastados sem remuneração e o motivo destes afastamentos é a procura de um melhor salário que são possibilitados em municípios vizinhos ou até mesmo fora do estado (Informação verbal, entrevistado a65).

Isso ocorre devido ao fato desses profissionais serem mal remunerados e para garantir o sustento da família eles se submetem a fazer jornadas duplas ou triplas de trabalho, acumulando vários plantões que esgotam suas energias e acabam por adoecer esses profissionais (Informação verbal, entrevistado a105).

Os profissionais também abordaram questões relacionadas às precárias condições de trabalho relacionadas aos direitos trabalhistas:

Os trabalhadores trabalham sem proteção, sem identificação, uniformes e crachá. Algumas vezes é neces-

sário comprar o próprio material de trabalho. Muitas vezes eles se veem obrigados a lutar na justiça por direitos trabalhistas como insalubridade e 13º salário (Informação verbal, entrevistado a133).

O trabalhador tem adoecido sem poder se expressar. Tendo seus direitos oprimidos, o colaborador se expõe a tais condições porque precisa do emprego (Informação verbal, entrevistado a28).

A questão salarial e o vínculo empregatício, que não garantem que o trabalhador goze dos direitos trabalhistas, são mais duas causas do absenteísmo no setor (Informação verbal, entrevistado a53).

A ausência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) nas instituições de saúde também foi abordada como um dos fatores que causam desmotivação e conseqüentemente ausências e ou afastamento do trabalho:

Não existem PCCS, o que se torna desestimulador. Muitos profissionais desta categoria (ACS) conseguem concluir os estudos e sempre que existe oportunidade melhor eles não hesitam e migram para outros concursos ou empregos (Informação verbal, entrevistado a133).

O que é ruim, pois mudanças constantes de profissionais geram interrupção das atividades e dificultam o vínculo dos profissionais com os pacientes e a comunidade (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Nesta perspectiva, Castro (2012) ressalta a importância das políticas de emprego e de gestão garantirem a implantação de mecanismos que favoreçam a permanência do trabalhador na instituição.

A valorização do trabalhador representa um dos fatores determinantes para a motivação e a manutenção do trabalhador nos serviços. Azevedo et al. (2016) destacam que desmotivação e desvalorização, resultantes de condições de trabalho desfavoráveis, interferem diretamente na qualidade da assistência prestada.

A insatisfação ligada à desmotivação são fatores que estimulam o absenteísmo e a causa desse fenômeno pode ser dada à ausência de benefícios, ou de um plano elaborado de carreira trazendo insatisfação salarial com cobranças e pressões excessivas. Nesse sentido, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários é compreendido por Santos, Borges e Machado (2018) como um instrumento de gestão que pode manter ou aumentar a motivação dos trabalhadores.

Ferro et al. (2018) destacam o papel fundamental dos gestores na criação de condições que assegurem aos trabalhadores o seu crescimento profissional, a fim de que haja satisfação com o trabalho e fortaleça seu compromisso com a prestação de serviços de qualidade à população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esses autores também ressaltam a necessidade da consolidação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários, bem como o investimento na avaliação de desempenho.

Trilhando o caminho de Ferro et al. (2018), Castro (2012) diz que o espaço da gestão do trabalho deve ser um espaço estratégico para a transformação das relações de trabalho. Esse espaço deve investir no diálogo com os trabalhadores na perspectiva da valorização do trabalhador e do trabalho em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhadores das secretarias estaduais e municipais de saúde da região Centro-Oeste do Brasil atribuem várias causas aos afastamentos, absenteísmos e atrasos dos profissionais de saúde, destacando-se as condições precárias de trabalho, a desvalorização dos trabalhadores e não cumprimento de direitos trabalhistas como fatores que contribuem diretamente para desmotivação dos profissionais e adoecimento no ambiente de trabalho.

Antes de ser um tema esgotado, a saúde do trabalhador é um tema que necessita de mais estudos, na tentativa de provocar mudanças institucionais e superar os problemas que comprometam a saúde do trabalhador. Foi nesta perspectiva que esta pesquisa foi realizada.

Esta pesquisa mostrou como as condições de trabalho interferem na saúde do trabalhador e na prestação dos serviços aos usuários dos serviços de saúde, uma vez que, se o trabalhador está em situação de sofrimento, quer seja mental, quer seja físico, a tendência é ele se ausentar do trabalho, por abandono, mudança de emprego, licença médica, faltas ou outra razão. Mostrou também que as causas de adoecimento do trabalhador são diversas e desestimulantes. Por isso, faz-se necessário que os gestores incentivem o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de acidentes relacionados ao trabalho por meio de políticas e ações que valorizem os profissionais, não só sua condição de trabalhador que cuida de outros trabalhadores, mas também enquanto cidadãos.

Ademais, faz-se importante incrementar a participação dos trabalhadores da saúde na criação de estratégias organizacionais e individuais que busquem melhorar as condições

de saúde dos profissionais envolvidos na prestação de serviços à população.

Os autores da pesquisa que dá origem a este capítulo partiram da premissa de que as condições de trabalho constituem um elemento-chave para a saúde do trabalhador. Nesse sentido, defende-se que as condições em que esse trabalho é realizado deve ser uma das prioridades de qualquer instituição. E, se essa instituição pertencer ao setor saúde, esta preocupação deve considerar que seus trabalhadores cuidam da saúde de outros trabalhadores e de outros cidadãos, enfim, uma função nobre.

Nesse sentido, à guisa de conclusão, destaca-se que, para o bom cumprimento das políticas públicas de saúde, faz-se necessário um olhar assertivo para as condições laborais dos trabalhadores do SUS, de modo a superar as condições precárias do trabalho, tendo em vista garantir a oferta de serviços de qualidade mediante a efetivação dos princípios do SUS.

- ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200014. Acesso em: 5 set. 2019.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282015000300407&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 5 set. 2019.
- AZEVEDO, P. D. *et al.* Aspectos de motivação na equipe de enfermagem e sua influência na qualidade da assistência. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v.16, n. 2, p. 498-517, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16228.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BENDER, K. G. *et al.* Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Jovens Pesquisadores**, v.6, n. 2, p. 45-59, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/rjp.v6i2.7283>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/7283>. Acesso em: 5 set. 2019.
- BREY, C. *et al.* O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. **Rev. de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, e1135, 2017. DOI: <https://doi.org/10.13063/Revista.v7n1.1135>.

org/10.19175/recom.v7i0.1135. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1135>. Acesso em: 5 set. 2019.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200011. Acesso em: 5 set. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013a. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. Acesso em: 5 set. 2019.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq**. Universidade Federal de Santa Catarina Brasil [internet]. [Santa Catarina]: UFSC; 2013b. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 5 set. 2019.

CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direito do trabalhador da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v.12, n.3, p.86-101, 2012.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: Sedis/UFRN, 2018.

FERREIRA, R. C. *et al.* Abordagem multifatorial do absentismo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n.2, p. 259-268, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018>.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2019.

FERRO, D. *et al.* Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 399-408, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n4/1982-0194-ape-31-04-0399.pdf>. Acesso em 5 set. 2019.

GONDIM, A. A. *et al.* O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 56-73, jun. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a04.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

GUILLOU, M. M. A. **Gestão de pessoas: absenteísmo nas unidades de estratégia saúde da família no município de Marechal Deodoro/AL – Brasil.** 2015. Dissertação (Mestrado) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/6781>. Acesso em: 5 set. 2019.

MEDEIROS, L. N. B. *et al.* Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. **Rev. Elet. Estácio Saúde**, v. 4, n. 2, p. 180-192, 2015.

RIBEIRO, D. C. M.; KUROBA, D. S. Fatores que levam os profissionais de enfermagem ao absenteísmo no Brasil. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 5, p. 21-44, jul./dez. 2016.

RODRIGUES, C. S. *et al.* Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S135-S154, 2013. Suplemento.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde no mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (org.). **Trabalhador da saúde, muito prazer!**: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 19-60.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento?: as contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3021-3032, out. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 set. 2019.

SANTIAGO, M. E. C. F; PAIVA, R. E. A. O absenteísmo entre os profissionais de enfermagem: revisão de literatura. **Revista da Saúde e Biotecnologia**, v. 1, n. 1, p. 61-65, jul./out. 2017.

SANTOS, D. F. B.; BORGES, R. F.; MACHADO, H. C. Medidas para redução do absenteísmo nas empresas. **Qualia: a ciência em movimento**, v. 4, n.1, jan./jun. p.77-91, 2018. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICSA/article/view/362>. Acesso em: 5 set. 2019.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública** [internet], v. 26, n. 3, p. 603-614, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2010.v26n3/603-614/>. Acesso em: 5 set. 2019.

Fortalecendo a gestão do trabalho na atenção básica: contribuições do programa de melhoria do acesso e da qualidade

Renata Fonsêca Sousa de Oliveira | fonrenata@hotmail.com
Mestre em Saúde Coletiva; pesquisadora do Observatório
de RH em Saúde da UFRN

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com
Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e
coordenadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Rafaela Caroline de O. Tavora | profenfrafaela@gmail.com
Dra. em Enfermagem; profa. da Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/UFRN

Cristyanne Samara Miranda de Holanda da Nóbrega |
csmhn@hotmail.com
Dra. em Ciências da Saúde; profa. da Universidade
do Estado do Rio Grande do Norte

Cecília Nogueira Valença | cecilia_valenca@yahoo.com.br
Dra. em Enfermagem; profa. da Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/UFRN

Este capítulo é resultante da dissertação de mestrado intitulada *Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: entre vozes e olhares* que teve o propósito de analisar a percepção de gestores municipais de saúde e trabalhadores da atenção básica acerca do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB). Foi possível identificar os efeitos produzidos nos serviços de saúde a partir da sua implantação, bem como a identificação dos limites do programa.

Para o presente capítulo, buscou-se compreender, a partir de percepções de gestores e trabalhadores de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica enquanto instrumento de gestão de trabalho nos serviços de saúde.

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), através da promulgação da Constituição Federal de 1988, um novo modelo de saúde vem buscando vigorar. Se antes privilegiava a cura da doença, mediante a prática da assistência médica, o direcionamento das ações de saúde evoluiu ao produzir serviços pautados na promoção da saúde e nos esforços em elaborar políticas e programas com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS), no Brasil, também denominada Atenção Básica (SILVA, 2013).

Para consolidar e expandir a Atenção Básica, no ano de 2011, mediante processos de negociação e pactuação entre as três esferas do SUS (federal, estadual e municipal), foi institu-

ído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), no intuito de qualificar as práticas de gestão, ampliar o acesso e induzir mudanças nas condições de funcionamento dos serviços de saúde (FAUSTO et al., 2014).

O PMAQ/AB foi inserido em um contexto no qual o Governo Federal desenvolveu ações com a finalidade, dentre outras, de promover a gestão do trabalho em saúde na Atenção Básica, preconizando-se por questões relacionadas às condições de trabalho, uso de tecnologias, educação permanente, planejamento e interação entre os profissionais (SEIDL, 2014).

O programa foi organizado em três fases, a saber: Adesão e Contratualização; Certificação e Recontratualização, além de um Eixo Transversal de Desenvolvimento do PMAQ/AB.

A primeira fase consistiu na adesão voluntária ao programa, mediante a contratualização de indicadores e compromissos a serem firmados entre os atores envolvidos: profissionais, gestores e o Ministério da Saúde. Esses compromissos consistiam em organizar o processo de trabalho da equipe em conformidade com os princípios da atenção básica; qualificar o acesso mediante a prática do acolhimento; incentivar a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde; estabelecer espaços regulares para a discussão do processo de trabalho da equipe; instituir processos autoavaliativos como mecanismos disparadores da reflexão sobre a organização do trabalho da equipe, dentre outros (BRASIL, 2012).

A segunda fase, denominada “Certificação”, correspondeu à Avaliação Externa, que tinha como base a averiguação in loco, cujo trabalho de campo era coordenado de forma tripartite e executado por instituições de ensino e/ou pesquisa. Nessa fase, verificava-se a realização da avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e

contratualização, bem como a realização do momento auto-avaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica. Ou seja, tratava-se do momento em que se investigava todos os esforços das equipes e da gestão municipal de saúde para atingir melhores condições de acesso e qualidade nos serviços de saúde, como também reforçava o fortalecimento de ações e estratégias que qualificavam as condições e relações do trabalho na busca de apoiar o desenvolvimento do processo de trabalho dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

A terceira fase representava a etapa em que ocorre o processo de (re)pactuação entre as equipes e os gestores, com a finalidade de estabelecer o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, frente aos resultados obtidos após a participação no programa (BRASIL, 2012).

O Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento consistia no momento em que se realizava um conjunto de ações que envolviam a autoavaliação; monitoramento das ações; educação permanente; apoio institucional e a cooperação horizontal pelos participantes, buscando a promoção de mudança na gestão e no cuidado (BRASIL, 2012).

Desdobrando sucintamente cada uma das ações postas nesse eixo, compreender-se-á por autoavaliação o dispositivo de reorganização do trabalho em equipe e da gestão em saúde. A questão central é a problematização e o reconhecimento de que é necessário planejar intervenções e construir estratégias para superar os problemas identificados, garantindo que os sujeitos avancem na autogestão e avalizem melhores avaliações da AB (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016).

Com o objetivo de induzir os processos autoavaliativos nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde disponibilizou como o instrumento denominado “Auto avaliação (sic) para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ)”.

Este instrumento teve por finalidade permitir que fossem identificados os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações do território, conduzindo o planejamento de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (BRASIL, 2013).

O monitoramento, na essência do programa, versa como uma ferramenta fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, a fim de orientar e melhorar a tomada de decisão, isto é, acompanhar o desempenho operacional e finalístico.

Nesse sentido, destaca-se o acompanhamento dos indicadores como sendo uma tarefa essencial no monitoramento e avaliação dos serviços, de modo a contribuir para orientar os processos de negociação em saúde, subsidiar a definição de prioridades e planejamento de ações, assim como reconhecer e publicizar os resultados alcançados (CARVALHO et al., 2012).

Outra ação que merece destaque é o incentivo à prática da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia fundamental para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção. A EPS possibilita dialogar com as concepções vigentes, considerando os sentidos e significados das vivências dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, de modo a permitir que sejam construídos espaços mais coletivos e problematizadores capazes de fortalecer e valorizar os saberes locais e transformar uma realidade (CECCIM, 2005).

Como proposta de reformulação do modelo tradicional de se fazer coordenação, planejamento e avaliação em saúde, o PMAQ pretendia incentivar a prática do Apoio Institucional no cotidiano dos serviços da Atenção Básica. Segundo a Política Nacional de Humanização, esse Apoio foi entendido como uma função gerencial capaz de instaurar processos

de mudanças em grupos e organizações de forma coletiva, apoiando-se na democracia institucional e autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, o trabalho do apoiador consiste no estímulo de espaços mais coletivos, que propiciem a interação entre os sujeitos, e no incentivo ao grupo para que exerça uma visão crítica da realidade e possa ampliar a capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros (BRASIL, 2006).

Na busca pela superação dos desafios encontrados nos serviços de saúde, a exemplo do enfrentamento de questões inerentes à organização dos processos de trabalho, quanto à capacitação dos profissionais e melhores condições de trabalho, o programa preconizou que os municípios participantes operassem de forma cooperada dentro do desenvolvimento do programa. A Cooperação Horizontal é posta pelo programa como sendo uma rede solidária de educação permanente entre municípios para o compartilhamento de experiências que envolvam a troca, produção e disseminação de conhecimentos vivenciados no cotidiano das UBS (BRASIL, 2012).

O conjunto dessas fases compreende um Ciclo do PMAQ/AB, com duração média de 24 meses (BRASIL, 2015). Salienta-se que, durante o desenvolvimento do programa, foi realizado três ciclos (1º ciclo: 2011/2012), (2º ciclo: 2013-2014) e (3º ciclo: 2015-2016).

AS TRILHAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa realizado no estado do Rio Grande do Norte (RN). O RN é dividido em oito Regiões de Saúde, distribuídas conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2019

REGIÃO DE SAÚDE	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	MUNICÍPIO POLO
1ª Região de Saúde	27 municípios	São José de Mipibu
2ª Região de Saúde	25 municípios	Mossoró
3ª Região de Saúde	15 municípios	João Câmara
4ª Região de Saúde	25 municípios	Caicó
5ª Região de Saúde	21 municípios	Santa Cruz
6ª Região de Saúde	36 municípios	Pau dos Ferros
7ª Região de Saúde	05 municípios	Natal
8ª Região de Saúde	13 municípios	Assú

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, 2013.
Elaboração própria*

As regiões de saúde representam bases territoriais e populacionais para o planejamento e execução das redes de atenção à saúde. Assim, o cenário de estudo foi construído em seis dos oito municípios polos das regiões de saúde do estado do Rio Grande do Norte.

Como objeto de investigação, adotou-se a percepção de dois atores locais que fazem parte do Sistema Único de Saúde, sendo eles: gestores e/ou representantes da gestão municipal de saúde e profissionais da Atenção Básica. A escuta e interação permanente de opiniões, percepções e demandas dos atores sociais do SUS representam um avanço para o fortalecimento de mecanismos de valorização de processos de gestão do trabalho e de gestão dos serviços (CUNHA, MAGAJEWSKI, 2012).

Participaram da pesquisa os gestores e/ou representantes da gestão municipal de saúde e profissionais da Atenção Básica. Ademais, nesta pesquisa, foram incluídos gestores ou integrantes da gestão municipal de saúde responsável pela

condução do PMAQ/AB nos municípios investigados, assim como trabalhadores da APS de nível superior, pertencentes à ESF e que tenham participado do segundo ciclo do PMAQ, em 2013/2014. Os critérios de exclusão foram: gestores e/ou representantes da gestão municipal e trabalhadores da atenção básica que estavam de férias ou de licença.

Dessa forma, o estudo foi composto por: um Secretário Municipal de Saúde; três coordenadores de Atenção Básica; um representante da Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Saúde; um chefe de planejamento; 29 enfermeiros; sete dentistas e dois médicos, perfazendo um total de 44 sujeitos, dos quais foram seis gestores e/ou representantes da gestão e 38 profissionais da Atenção Básica.

Para a coleta de informações, foram utilizadas duas técnicas: o grupo focal, orientado por um roteiro de questões, e a entrevista semiestruturada.

Nessa perspectiva, estudos que adotam como técnica de coleta os grupos focais vêm demonstrando espaços privilegiados de trocas de experiências, permitindo que os temas abordados possam ser mais problematizadores (TRAD, 2009).

Quanto à entrevista individual semiestruturada, é considerado um procedimento de coleta de informação que permite ao entrevistado contribuir com o processo de investigação de forma livre e espontânea, sem perder a objetividade (ANDRADE, 2010).

Os dados foram coletados no período de setembro de 2016 a junho de 2017. Os gestores da saúde foram convidados para a realização das entrevistas, enquanto os profissionais da Atenção Básica participaram de reuniões de grupos focais. No total, foram realizadas seis entrevistas e cinco reuniões de grupos focais com, no mínimo, sete participantes e, no máximo, dez participantes em cada grupo.

Considerando as cenas e cenários reais vividos pelos autores e participantes, para manter o sigilo de suas identidades, foram utilizados como pseudônimos elementos da fauna e da flora existentes no Nordeste Brasileiro. Assim, a fauna representou os gestores/representantes da gestão e a flora, os profissionais da Atenção Básica.

As entrevistas e as reuniões de grupo focal foram agendadas por telefone com os participantes. Para todos os sujeitos participantes do estudo, foi disponibilizado pelo pesquisador responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após o consentimento dos sujeitos, em local reservado, mediante a explicação dos objetivos, finalidades, riscos e benefícios, ocorreu a realização dos grupos focais e entrevistas.

Os dados obtidos foram interpretados pelo método de Análise de Conteúdo Temática, a qual apresenta três etapas: pré-análise (leitura flutuante do *corpus*, no intuito de obter das autoras um contato intenso com o material); exploração do material (a busca por expressões e falas significativas em função do conteúdo a ser organizado) e tratamento dos resultados (inferências e interpretação) (MINAYO, 2007).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/ FACISA, anteriormente à fase de coleta de informação, tendo como número de Parecer 1.707.601 e CAAE 58652816.6.0000.5568, respeitando os preceitos das Resoluções nº. 510/2016 e nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O PMAQ ENQUANTO INSTRUMENTO DE GESTÃO: ENTRE VOZES E OLHARES

Por meio da análise das falas, foi possível identificar as percepções dos gestores e trabalhadores da atenção básica sobre os efeitos produzidos pelo PMAQ enquanto ferramenta de gestão do trabalho. Evidenciou-se que, para os sujeitos da pesquisa, o PMAQ caracteriza-se como um instrumento orientador das ações e serviços de saúde, capaz de favorecer o norteamento das práticas e provocar o aprimoramento do processo de trabalho.

A implantação de mecanismos que auxiliem e monitorem as condições necessárias para o bom funcionamento dos serviços de saúde torna-se fundamental para a reorganização dos processos de trabalho, uma vez que os serviços oferecidos dependem de uma adequada estrutura e organização das ações que devem ser operadas com os princípios do Sistema Único de Saúde. A operacionalização dessas ideias pode envolver a recomposição de meios de trabalho, reestruturação de atividades e redefinição de relações sociais e técnicas, identificando assim novas maneiras de pensar o processo de trabalho (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000; FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Parte significativa dos participantes afirmou que o programa tem a intencionalidade de estimular a criação de vínculos com os usuários e a cultura de planejamento, avaliação e monitoramento, bem como o reconhecimento de que não se pode trabalhar apenas com números, conforme se observa nas vozes abaixo:

Papel orientador que ele [o PMAQ] dá à equipe. Ele norteia como a gente pode melhorar o nosso processo

de trabalho no sentido de documentos, que ele diz que podem ser melhorados e aprimorados, o vínculo com a população, à forma de tratamento. Então, ele dá esse norte que a gente não trabalhe apenas com números, ele orienta muito nesse sentido. Então, eu acho que isso foi um dos pontos positivos do PMAQ (Informação verbal, entrevistado Tatu-Bola).

Eu vejo assim: o PMAQ veio para reorganizar minha dinâmica de trabalho. Ele queria que os profissionais vissem que eles têm que se organizar com aquilo que eles fazem cotidianamente (Informação verbal, entrevistado Ipê branco).

As relações entre usuários e profissionais da saúde são temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde. Todavia, para os autores, se essas relações se efetivarem mediante a criação de vínculos entre profissionais e usuários, poderão fomentar impactos positivos não só para a comunidade, mas também para os profissionais, uma vez que estimulam o empoderamento dos envolvidos, tornando-os parte do processo de trabalho em saúde (LIMA et al., 2014).

As mudanças de atitudes profissionais, mediante o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos com a população, são práticas essenciais para permear a integralidade da assistência, ou seja, o profissional de saúde deve atuar em uma perspectiva de prática interdisciplinar, bem como reconhecer as necessidades do usuário (KELL; SHIMIZU, 2010).

Outro ponto a destacar é que os profissionais passaram a aperfeiçoar os registros de documentos nos seus ambientes de trabalho a partir da implantação do programa. Também, é importante frisar que a gestão da informação deve ser reco-

nhecida como uma fonte geradora de conhecimento organizacional. Pois, para um bom funcionamento dos serviços de saúde, o registro torna-se um aliado potencializador no processo de planejamento local e na tomada de decisão (RODRIGUES; BLATTMANN, 2014).

O PMAQ consiste no incentivo a mudanças no modelo de atenção mediante a reorientação dos serviços de saúde, em conformidade com os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2012). Nas falas dos sujeitos, é possível identificar esse reconhecimento, sendo o PMAQ considerado como uma estratégia para efetivá-la:

Eu acredito que ele [PMAQ] é uma maneira de incentivar e direcionar o processo de trabalho para que se tenha um olhar dinâmico sobre o território, incorporando na rotina o planejamento e a avaliação; direcionar para efetivar a proposta da Estratégia de Saúde da Família (Informação verbal, entrevistado Arapongado-nordeste).

Achados semelhantes foram encontrados em um estudo que avaliou a execução do PMAQ em um município da microrregião do sul da Bahia, o qual constatou que ele traz na sua essência reorientações para o processo de trabalho e, por isso, é considerado como um diferencial a ser ofertado aos municípios, ou seja, um reencontro dos profissionais com os princípios da Atenção Básica (SANTOS et al., 2016).

Desse modo, sob o olhar dos atores investigados, o PMAQ estimulou a implantação de novas práticas de organização dos serviços. Dentre elas, a ênfase dada à importância do Apoiador Institucional como mecanismo de reformulação do modelo tradicional de se fazer coordenação, uma vez que sua função chave visa à instauração de processos de mudanças em

grupos e organizações, a partir da construção de espaços mais coletivos (BELLINI; PIO; CHIRELLI, 2016).

O Apoiador Institucional é considerado como fundamental para acompanhar processos de mudanças na organização dos serviços de saúde, tendo em vista que possibilita o desenvolvimento de competências na compreensão do que é uma política pública, na utilização do planejamento e avaliação em saúde, bem como no fomento de novas formas de reorganização de uma rede de atenção à saúde (BORGES, 2014).

Em um dos municípios investigados, ficou evidente a relevância do papel de um Apoiador Institucional por ajudar a tecer o diálogo e estreitar a ligação entre gestão e atenção à saúde. Para Asa-Branca, a chegada de um Apoiador Institucional, a partir da implantação do programa, foi decisiva para se identificar os efeitos produzidos, conforme relata:

Quando ele chegou [PMAQ] não existia alguém preparado ou alguém especificamente para tal, para acompanhar, para estudar, para desenvolver com a equipe, para acompanhar as equipes e, enfim, para praticar o Programa em si com as equipes, a gente não sentiu essa real eficácia do programa [...] até que veio uma pessoa específica para ser apoiadora institucional do PMAQ, que foi aí onde a gente notou uma melhoria significativa [...] (Informação verbal, entrevistado Asa-Branca).

De acordo com a fala de Asa-Branca, o apoio institucional coloca-se “ao lado” dos sujeitos que vão experimentar/produzir mudanças, contribuindo, assim, para estimular a análise dos processos, métodos e as formas de como o trabalho vem sendo organizado, constituindo-se como um método de intervenção em práticas de produção de saúde pública (BARROS et al., 2014).

Nas falas dos sujeitos da pesquisa, é notório que houve melhorias no processo de trabalho após a implantação do programa. As principais melhorias estão relacionadas à utilização de mecanismos facilitadores e/ou auxiliares do modo de trabalhar. Bello, Carvalho e Farias (2014), ao avaliar a implantação do PMAQ no município de Recife, constataram mudanças significativas relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde da família, assemelhando-se aos resultados deste estudo.

Eu acho que as diretrizes do PMAQ dão qualidade no processo de trabalho (Informação verbal, entrevistado Jurema Preta).

Análises de outras experiências indicam que a adoção de mecanismos fortalecedores de mudanças nas condições e nos processos de trabalho aos quais os trabalhadores estão submetidos contribui decisivamente para a resolutividade da atenção básica e dos propósitos do SUS (RIZZOTTO, 2014).

Outra mudança observada refere-se à adesão dos profissionais à utilização de instrumentos que avaliam as práticas profissionais. Nesse sentido, eles enfatizaram a importância da utilização de ferramentas de avaliação no desenvolvimento de suas ações.

Nessa perspectiva, compreender e praticar a avaliação devem ser inerentes ao próprio funcionamento habitual das equipes de saúde, de modo a facilitar e colaborar com avaliações internas, externas e institucionais, no estabelecimento de troca de informação entre as equipes. Porém, um grande desafio é que os profissionais da saúde têm a tendência de perceber que as avaliações devem ser atividades exercidas pela gestão. Ainda, a este desafio, acrescenta-se a ausência de me-

metodologias e técnicas adequadas para se realizar a avaliação e melhorar de forma efetiva os cuidados prestados aos cidadãos (PISCO, 2006).

O Ministério da Saúde, como ponto de partida para o desenvolvimento do programa, disponibilizou uma ferramenta de avaliação intitulada “Auto avaliação (sic) para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ”, oferecendo orientações para a identificação e o reconhecimento de dimensões positivas, além de problemáticas do processo de trabalho. Assim, para estimular e efetivar a implementação de processos autoavaliativos, o programa acrescentou pontuações a equipes vinculadas à ação. Todavia, salienta-se que esse dispositivo não foi de uso obrigatório, cabendo aos gestores e às equipes definirem os instrumentos que mais se adequem à sua realidade (BRASIL, 2013).

Foi unânime a utilização da AMAQ como um instrumento de avaliação pelos municípios investigados. É possível perceber que, com a utilização desse recurso, os profissionais passaram a se auto avaliar e reconhecer falhas nos processos de trabalho:

Ela [AMAQ] é elucidativa. Tem coisas que a gente nem se dava conta e ela, de repente, nos apresenta. São coisas que a gente já faz corriqueiramente e que nem se daria conta de notar (Informação verbal, entrevistado Cacto).

Já em relação à equipe, acho que melhorou bastante, principalmente com a AMAQ. Porque a gente vê onde está falhando para melhorar (Informação verbal, entrevistado Violeta-da-caatinga).

Então, a AMAQ vem pra nortear os profissionais, o que deve ter e o que é que não tem, e tentar readequar,

que vem recurso pra isso (Informação verbal, entrevistado Sena).

Eu sou fã da AMAQ. Nela, você tem o caminho das pedras. Antes, não tínhamos as coisas organizadas e registradas. Agora, está lá o que precisa fazer para direcionar o seu processo de trabalho. Então, eu acho um instrumento fantástico para ser usado [...] (Informação verbal, entrevistado Acaju).

Assim sendo, o programa apresentou a autoavaliação como o momento em que os sujeitos e grupos implicados realizam a autoanálise para a identificação de problemas, bem como para as formulações de estratégias de intervenções, visando à melhoria do serviço, das relações e dos processos de trabalho, tonando-se um dispositivo de reorganização do serviço de saúde (BRASIL, 2013).

A despeito de outros efeitos produzidos pelo programa que fortalecem a gestão do trabalho em saúde foi observada a utilização de fluxogramas, sinalização na identificação de salas, reorganização do acolhimento e agenda, adesão a demandas espontâneas, bem como a concretização de grupos nas Unidades Básicas de Saúde:

A parte de sinalização na unidade estava muito esquecida: os fluxogramas de identificação de salas, organização do serviço. Aquilo que a gente fazia no serviço, mas estava esquecido. Ter um olhar com mais qualidade para nossa unidade. Reorganizar nossos grupos, reorganizar nosso acolhimento, nossas agendas, trabalhar com demandas espontâneas, ele traz todo esse processo de mudanças dentro da unidade (Informação verbal, entrevistado Tatu-Bola).

A elaboração de fluxogramas permite que os profissionais e a gestão possam compreender a dinâmica de funcionamento do serviço de saúde de modo geral, podendo conceber uma melhor visualização dos processos de trabalho em equipe (TABILE et al., 2015). A visualização do processo de trabalho em equipe, por meio da utilização de fluxogramas, possibilita aos profissionais a realização de reflexões sobre sua prática, as quais têm potencialidade para enxergar a finalidade de suas ações, rever os instrumentos de trabalho que vêm sendo utilizados, sendo capaz de despertar a mudança de prática e um agir diferente (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

Dentre os processos de mudança dentro da Unidade, destacou-se a reorganização do acolhimento nas UBS. O acolhimento, como postura e prática das ações de saúde, possui um arsenal técnico extremamente potente, pois permite atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde com competência de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas da população. Também tem como propósito reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central da figura do médico para a equipe multiprofissional; qualifica a relação trabalho-usuário dando-lhes parâmetros humanísticos na hora de acolher; bem como valoriza os diferentes sujeitos no processo produtivo de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2018).

Algumas coisas que não eram rotinas da unidade, a gente conseguiu que se tornasse rotina. Por exemplo, a concretização dos grupos de educação em saúde. Isso, na verdade, não era nem para ser algo que o PMAQ tivesse trazido para nós, mas isso não acontecia há um tempo. Assim, uma das coisas que eu noto em alguma reunião que eu consigo falar do PMAQ, o que me

chama atenção e vem sempre à cabeça é isso: a gente conseguiu consolidar nas Unidades Básicas de Saúde os grupos de promoção à saúde: gestantes, crianças, idosos, diabéticos (Informação verbal, entrevistado Asa-Branca).

Portanto, advoga-se que o PMAQ foi considerado, tanto pelos profissionais quanto pela gestão, como sendo um programa que pretendeu somar esforços para a priorização de estratégias na busca de se produzir melhorias na qualidade da atenção básica, abrindo canais para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Assim sendo, a implantação do PMAQ nos municípios brasileiros introduziu a promoção da cultura de análise, avaliação e intervenção, instruindo gestores e trabalhadores da atenção básica na produção de mudanças no modelo de atenção e gestão. Proporcionou melhoria na situação de saúde da população, promovendo a gestão do trabalho e responsabilizando as necessidades e satisfação do usuário (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ buscou criar estratégias e alternativas para fortalecer, reconhecer e elevar a qualidade dos serviços da Atenção Básica em Saúde, permitindo estabelecer mecanismos que assegurem uma melhor organização e funcionamento aos serviços de saúde, refletindo na assistência prestada ao usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMAQ foi instituído pelo Ministério da Saúde com o intuito de melhorar a qualidade da Atenção Básica. O seu desenvolvimento foi finalizado após a realização do terceiro ciclo (2015/2016), todavia, é notório, a partir dos atores investigados, o quão o Programa contribuiu para o fortalecimento da gestão do trabalho na busca de nortear as ações e serviços de saúde devido ao seu papel orientador, oferecido aos municípios e às equipes da atenção básica participantes.

No que diz respeito aos efeitos produzidos a partir da vivência no PMAQ, pode-se constatar a implantação de novas práticas de organização do serviço, favorecendo melhorias no processo de trabalho.

Nesse aspecto, nas falas dos participantes, apareceu o reconhecimento da importância de registrar as ações de saúde, a utilização de indicadores, o aumento de reuniões em equipe, a adesão ao instrumento de autoavaliação, a criação de fluxogramas, acolhimento, assim como a sinalização nas unidades básicas de saúde e a criação de grupos específicos.

Portanto, sob o olhar dos atores, o estudo possibilitou desbravar cenas e cenários sobre a vivência no PMAQ, permitindo conhecer os impactos produzidos nos serviços de saúde e subsidiando a coprodução de novos arranjos, caminhos e redirecionamentos promissores no fortalecimento da gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, jul./ago. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jul. 2019.

BARROS, M. E. B. et al. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1107-1117, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0238>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501107&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 jul. 2019.

BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, p. 23-33, jan./mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00023.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BELLO, F. M. A.; CARVALHO, E. F.; FARIAS, S. F. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro,

v. 38, n. 103, p. 706-719, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140065>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0706.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BORGES, R. S. A Importância do apoio institucional na implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): avaliação dos resultados. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Feira de Santana, 2014. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2014/09/A-Import%C3%A2ncia-do-Apoio-Institucional...Rogeanne-Borges.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 190, p. 668-669, 5 out. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 138, p. 79-80, 20 jul. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?Data=20/07/2011&jornal=1&pagina=79&totalArquivos=148>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (AMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_programa_acesso_atencao_basica_site.pdf. Acesso em: 6 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 901-911, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (org). **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: Edufrn, 2018.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005. Disponível

em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/161-168/pt>. Acesso em: 6 ago. 2019.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 1, p. 71-79, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/06.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate, Rio de Janeiro**, v. 38, n. especial, p.13-33, out. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2019.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016. DOI: [10.1590/0103-1104201611005](https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>. Acesso em 6 ago. 2019.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun.1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em 6 ago. 2019.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1533-1541/pt>. Acesso em: 6 ago. 2019.

LIMA, C. A. *et al.* Professional-user of family health relationship: perspective of contractualist bioethics. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Qualidade da Atenção Básica: avaliação das equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127, out./dez. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0117.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 358-372, out. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S027. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, jul./set. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30971.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-

251, out. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/237-251/pt>. Acesso em: 20 set. 2019.

RODRIGUES, C.; BLATTMANN, U. Gestão da informação e a importância do uso de fontes de informação para geração de conhecimento. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 4-29, jul./set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5344/1515>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/pci/v19n3/a02v19n3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

SANTOS, A. R. *et al.* Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: em busca de novos sentidos no processo de trabalho. **Rev. Saúde Com.**, v. 10, n. 3, p. 307-314, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317973142_Programa_de_Melhoria_do_Acesso_e_da_Qualidade_da_Atencao_Basica_em_busca_de_novos_sentidos_no_processo_de_trabalho. Acesso em: 20 set. 2019.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, out. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/94-108/pt>. Acesso em: 20 set. 2019.

SILVA, B. V. G. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **AEDOS**, v. 5, n. 12, p. 133-146, jan./jul. 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/36854/26774>. Acesso em: 20 set. 2019.

TABILE, P. M. *et al.* A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-SAÚDE.

Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 6, n. 1, p. 680-690, 2015.
Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2600/2320>. Acesso em: 20 set. 2019.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária** [online. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. ISBN 978-85-7541-325-8. p. 49-60. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-06.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

TRAD, L. A. B. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, jan. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

Avaliação da relação de felicidade dos trabalhadores com o trabalho qualificado em saúde: cenários vividos em uma unidade básica de saúde

Greice Kelly Gurgel de Souza | greicegurgel@hotmail.com
Mestre em Saúde da Família; enfermeira da Secretaria de Estado
da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Ana Tânia Lopes Sampaio | anatsampaio@hotmail.com
Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e
coordenadora do Laboratório de Práticas Integrativas
e Complementares em Saúde/UFRN

Janete Lima de Castro | janetecastro.ufrn@gmail.com
Dra. em Educação; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN e
coordenadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson |
isabelrosso@uern.com.br
Dra. em Educação; profa. da Universidade
Estadual do Rio Grande do Norte

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da Constituição Federal de 1988 quando se escrevia um novo cenário na saúde pública brasileira. A lei orgânica 8.080/90 foi aprovada para regulamentar e organizar a assistência e os serviços de saúde. Os princípios que norteiam a política do SUS são a integralidade, universalidade e a equidade. Neste capítulo, destacamos a integralidade que é 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 (BRASIL, 1990).

Com a implantação do SUS, um novo modelo de cuidado foi instituído com foco na saúde e não mais exclusivamente na doença. A promoção, proteção e recuperação constitucionalmente passam a ser classificação para as ações de atenção a serem desenvolvidas no SUS e a Atenção Básica, Média e Alta Complexidade se apresentam como níveis de Densidade Tecnológica dos Serviços (BRASIL, 1990).

A forma de cuidar das pessoas no novo sistema instituído não mais se pauta na doença, e sim na saúde. Os profissionais que historicamente foram acostumados a olhar para a parte do corpo doente descontextualizado e insensível agora teriam que aprender a olhar para a pessoa respeitando a sua multidimensionalidade, seu contexto de vida, seu território e sua história. O processo de trabalho, dessa forma, muda de cenário, pois, neste contexto, devemos considerar também a subjetividade do sujeito, suas emoções, sentimentos, sua singularida-

de, além de incluir-se como um dos atores fundamentais para produção do cuidado com qualidade (BRASIL, 2004).

Considerando os níveis de densidade tecnológica definidos pelo novo modelo de atenção do SUS, é na Atenção Básica (AB) que está a grande maioria dos procedimentos a serem realizados nos indivíduos e suas famílias, pois somente na AB se define território, há equipe multiprofissional cadastrada e formação de vínculos permanentes (BRASIL, 2012).

Importantes políticas e programas foram publicadas para fortalecer o SUS e para adequar o trabalho à nova realidade no processo do cuidar em saúde, dentre eles, destacam-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) e o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS) (BRASIL, 2017b)

De acordo com Brasil (2012), a PNAB define a Atenção Básica como porta preferencial de entrada dos serviços de saúde, devendo garantir o acesso a uma atenção integral e de qualidade. Recentemente foi publicada a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, trazendo pela primeira vez em sua concepção o termo *gestão qualificada*. Na atual portaria Brasil (2017a, p. 68):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Convém ressaltar que no Brasil os termos “Atenção Primária a Saúde” (APS) e “Atenção Básica” são equivalentes (BRASIL, 2012). Nas diretrizes e fundamentos da Atenção Básica encontram-se como prioridade a Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como lógica o trabalho em equipe visando à integralidade do cuidado. O trabalho em equipe torna-se instrumento primordial, uma vez que a articulação entre os profissionais dentro da equipe possibilita o desenvolvimento de um processo de trabalho harmonizado, resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2017a).

Para humanizar práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos que participam em suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde (BRASIL, 2004). A tríplice inclusão (gestores; trabalhadores; usuários) é o grande desafio posto, visto que, ao incluir os trabalhadores e usuários no cenário das decisões, distribui-se o poder, incluem-se seus afetos, seus sentimentos, suas sensações e o estado de felicidade (BRASIL, 2010).

A maioria dos estudos, em relação ao desempenho dos trabalhadores, reporta-se às insatisfações, às deficiências, ou seja, reproduz o paradigma da doença, da negatividade, da infelicidade. Entre os motivos mais citados de insatisfação, encontra-se a falta de colaboração no trabalho em equipe, falta de valorização profissional por baixos salários e pela necessidade de qualificação das equipes e dos gestores (COSTA et al., 2014; LIMA et al., 2014.)

Segundo estudo de Peduzzi (2001), um dos principais problemas no cotidiano dos serviços de saúde é a fragmentação do trabalho, em que cada um faz sua parte sem se preocupar com o todo, além disso, o distanciamento do profissional dificultando a criação de vínculo e responsabilização pelo

usuário, sobrepondo assim à responsabilidade tecnicista dos procedimentos/diagnósticos em detrimento das necessidades humanas do sujeito (BRASIL, 2004). Este talvez seja o maior prejuízo para o trabalho em equipe.

O trabalho em saúde é um trabalho vivo, totalmente dependente do desempenho humano (MERHY, 2002). Certamente a melhoria do desempenho no processo de trabalho vai depender dos fatores que interferem no comportamento humano, ou seja, dos gatilhos motivadores para o envolvimento dos trabalhadores.

Mesmo com todas as políticas implantadas e reestruturação do modelo assistencial de saúde que incentivou o desenvolvimento do trabalho em equipe no SUS, os estudos mostram que a fragmentação ainda é uma das características do processo de trabalho, favorecendo o isolamento dos profissionais em seus núcleos de competências e a assistência realizada de maneira isolada e justaposta às ações dos outros profissionais (FRANCO; MERHY, 1996).

Dessa forma, a fragmentação interfere diretamente na interação dos sujeitos enquanto profissionais e refletindo, assim, na interação com os usuários. Diante dessa realidade, o trabalho em equipe deixa de ser desenvolvido, prejudicando a qualidade das ações em saúde (PEDUZZI; PALMA, 1996).

Na visão laboral, a equipe pode ser classificada em dois tipos: equipe como agrupamento de pessoas e equipe como aquela que consegue fazer a integração dos seus trabalhos. Quando se tem a equipe como agrupamento de pessoas, o fator que caracteriza é a fragmentação, já a equipe integrada tem como atributo a articulação das ações proporcionando a integralidade. As situações de trabalho em que os profissionais planejam as correlações e interligam as intervenções resultam em integralidade (PEDUZZI, 2001).

Faz-se necessário observar a interação entre os diversos profissionais da equipe, e o mais importante é saber se essa interação possibilita a construção de um processo de trabalho que seja compartilhado entre todos (SILVA; TRAD, 2005).

A insatisfação e o estado de infelicidade da maioria dos trabalhadores da saúde parecem influenciar diretamente nas suas relações no trabalho e, conseqüentemente, na forma de produzir o cuidado em saúde.

Existem poucos estudos sobre a felicidade no trabalho. Durante muito tempo, esta medida parecia imensurável, no entanto, hoje ela é um indicador da Organização das Nações Unidas (ONU). Felicidade Interna Bruta (FIB) é um novo indicador criado como uma forma de complementar as medidas já tradicionais, como Produto Interno Bruto (PIB), para medir o desenvolvimento de uma nação. Entre os quesitos que são analisados pelo FIB estão: bem-estar humano, esgotamentos dos recursos da natureza, cuidados familiares e utilização do tempo de forma equilibrada (PROJETO FIB, 2008).

A satisfação dos usuários que são atendidos nas Unidades de Saúde, possivelmente, sofre influência do nível de felicidade dos profissionais que realizam seus processos de trabalho no cotidiano. Estar satisfeito é estar feliz, no entanto, este estado de felicidade dos trabalhadores, seus relacionamentos, suas emoções, seus sentimentos, apesar de serem da saúde, tem sido pouco pesquisado no cotidiano do trabalho. Há poucos estudos abordando a temática da felicidade no trabalho e sua relação com a qualidade, apesar do grande número de adoecimento dos profissionais (LIMA et al., 2014).

Outro fator que parece interferir no estado de satisfação no processo de trabalho em saúde é a questão estrutural da Unidade Básica de Saúde (UBS). A ambientação é hoje um diferencial de qualidade. Não resta dúvida que o SUS já teve

muitos avanços e sempre vem planejando alternativas para que seus princípios sejam colocados em prática, mas ainda são muitos os desafios e dificuldades. Destacamos, entre eles, a gestão do trabalho, fragilidade da rede de serviços, baixo investimento na qualificação dos servidores e pouco estímulo à gestão compartilhada (SILVA; TRAD, 2005).

A realidade vivenciada em uma Unidade Básica de Saúde do interior do Rio Grande do Norte, com Estratégia Saúde da Família, inspirou-nos a desenvolver uma pesquisa no âmbito da gestão do trabalho, visto que os problemas de maior impacto para melhoria da qualidade no atendimento prestado pela UBS eram a dificuldade de entrosamento da equipe de Saúde da Família, a desmotivação dos trabalhadores e, conseqüentemente, a fragilidade na prestação do serviço ao usuário.

Percebemos que, na UBS em estudo, a maioria dos profissionais trabalhava sem encantamento e sem motivação. A comunicação era prejudicada entre os profissionais dentro da unidade e isso parecia afetar direta e indiretamente a assistência prestada aos usuários. A equipe enfrentava desvalorização nas questões salariais, o que, apesar de ser um problema à parte do relacionamento da equipe, ou seja, um desafio a ser enfrentado com a gestão, infelizmente é fato que um profissional desvalorizado não vai ter entusiasmo e satisfação no trabalho.

A pesquisa apresentada neste capítulo abordou a relação existente entre a felicidade e o Trabalho Qualificado em Saúde. Os autores se inspiraram na experiência de Sampaio (2009) que apresenta um método para pesquisa qualitativa associada à autoformação dos trabalhadores em saúde.

Cenários humanescentes como possibilidade para avaliar a relação da felicidade com o trabalho qualificado em saúde

Para desenvolver essa pesquisa, ousamos nos aportar de alguns referenciais teóricos para investigar a relação da felicidade dos trabalhadores com o trabalho qualificado em saúde. Foram eles: a teoria do Fluxo/Psicologia da felicidade (CSIKSZENTMIHALY, 1999); os estudos de Gardner, Csikszentmihaly e Damon (2004) sobre o “trabalho qualificado”; o estudo de Amorim (2002) acerca da felicidade no trabalho; o trabalho vivo apontado por Merhy (2002); e na experiência dos Ateliês de Formação Humana Autopoiética apresentados por Sampaio (2009) em sua tese de doutorado.

No campo das políticas públicas, referenciamos-nos na PNH, mais especificamente na Clínica Ampliada, como diretriz básica para um cuidado qualificado em saúde (BRASIL, 2009).

A pesquisa foi realizada no decorrer do Ateliê de Formação Humana Autopoiética (SAMPAIO, 2009), na Unidade Básica de Saúde Antônio Simão, que se localiza no município de Rodolfo Fernandes, no estado do Rio Grande do Norte, sendo classificada como do tipo Pesquisa-Ação existencial (BARBIER, 2002) com abordagem sociopoética (GUATHIER, 2012).

Participaram do estudo os profissionais que fazem parte da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Antônio Simão, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composta por psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e também a direção e a coordenação da unidade de saúde.

A maioria dos profissionais do estudo tinha de um a cinco anos de tempo de serviço no município. A faixa etária predominante foi de 30 a 40 anos de idade, sendo que somente quatro profissionais estão na faixa etária dos 20 anos. A maioria dos trabalhadores se formou a mais de cinco anos, havendo só quatro profissionais com mais de 10 anos de formação.

Optou-se por uma Pesquisa-Ação existencial (BARBIER, 2002), de abordagem Sociopoética (SANTOS et al., 2005), para avaliar a relação de felicidade dos trabalhadores com o *trabalho qualificado em saúde*, no decorrer da realização do Ateliê de Autoformação humano-poiética (SAMPAIO, 2009) para os profissionais da UBS.

A opção metodológica não poderia ser outra, pois, como diz Thiollent (2000), a pesquisa-ação utiliza uma sequência que não segue um padrão moldado com rigidez. Pode-se identificar o problema, estruturando e definindo um planejamento de ações com problemas prioritários, faz acompanhamento dos resultados avaliando se as ações utilizadas resolveram os problemas e faz uma síntese refletindo sobre os resultados obtidos.

Visando atender ao objetivo de avaliar a relação existente entre a felicidade dos trabalhadores e o trabalho qualificado em saúde, foram seguidos os passos de um Ateliê de Autoformação Humano-poiética (AAH), que segundo Sampaio (2009) é um espaço de encontro e encantos dos profissionais. O objetivo do AAH é possibilitar satisfação e alegria, autoconhecimento, descobertas, crescimento e empoderamento dos trabalhadores. Foram momentos de fluxo para buscar sintonia com o contexto vivenciado pelos profissionais da Unidade e com as vibrações do campo energético que os envolve. O ambiente do Ateliê foi montado, com tapetes, tabuleiros humanescientes que serviram de base para montagem dos cená-

rios, caixa de miniaturas de animais, pessoas e objetos em geral para uso na montagem dos cenários projetivos, conforme as orientações de Sampaio (2009).

O grupo focal tradicional foi adaptado em grupo focal humanescente durante a realização do Ateliê de Autoformação, mais especificamente no momento da mandala humano-poiética. Na abordagem sociopoética, esse é o momento da interação do grupo em relação a determinado tema através das falas, expressões, identificando comportamentos e possibilitando reconhecer também discrepâncias de opiniões dos envolvidos (CAVALCANTI, 2010). De acordo com Sampaio (2009), essa coleta de dados vai além do expressar verbal, são momentos vividos que se projetam com o corpo, com a arte, na mandala humano-poiética, na qual os participantes fazem exposição do aprendizado, dos sentimentos e sensações de cada Ateliê.

No tocante à abordagem, optamos pela sociopoética (GAUTHIER, 2012) que busca construir o conhecimento interativamente. As pessoas que fizeram parte da pesquisa tornaram-se ativas e empoderadas. Nessa abordagem, o resultado final foi produzido pelo grupo como um todo, considerando a importância de captar de forma criativa e artística as impressões, percepções, elaborando dados que possibilitaram ricos e potentes resultados de investigação científica.

De acordo com Gauthier (2012), a sociopoética é uma abordagem de pesquisa que explora a diversidade dos grupos fazendo com que as pessoas deixem aflorar seus sentidos e significados. A sociopoética assume ainda que a razão não pode ser reconhecida como o principal critério de validade científica, possibilitando também a produção de subjetividade, utilizando a sensibilidade, a criatividade e a relação com o outro no decorrer das descobertas. Oferece ao pesquisador

liberdade para a realização de uma pesquisa aberta, intuitiva, de base criativa sem, contudo, perder o rigor metodológico.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN) e obedeceu à Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentares na Pesquisa com seres Humanos, principalmente no que diz respeito ao Consentimento Livre Esclarecido. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes como também esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre a liberdade de escolha na participação dela. Foi assegurado aos participantes o sigilo da identidade na pesquisa, uma vez que nas citações foi usada a letra T seguida de ordem numérica para manter a confidencialidade dos trabalhadores.

Etapas metodológicas da análise intervencionista

A autoformação dos profissionais, na proposta de Sampaio (2009), processa-se respeitando o cotidiano do trabalho, em momentos programáticos e sistemáticos, através dos AAH. Neles são considerados os aspectos relacionados à corporeidade, complexidade e subjetividade humana no lidar com as emoções e sentimentos, possibilitando, assim, um processo de auto e mútuo conhecimento.

De acordo com Sampaio (2009, p. 39), esta é uma

[...] prática integrativa multidimensional que resulta em diálogo entre cognição e vida, a qual envolve sentimento pensamento e ação, a partir da corporeidade humana. Processos auto-organizadores, auto reguladores e auto-transformadores que envolvem a

totalidade do ser, gerando a mudança do ser, gerando mudanças interior e exterior, as quais visam expandir as diferentes dimensões constitutivas do sujeito cognoscente.

Este processo de autoformação viabilizou autoconhecimento, maturidade, mudanças na vibração energética (auto-poiese). O AAH se caracteriza por ser um ambiente de aprendizagem de revitalização, não apenas intelectual, mas também das emoções, onde prevalece o prazer e o aprender, além de desenvolver pensamentos sensíveis e criativos, sendo um momento de construção e reconstrução, questionamentos reflexões e ideias (SAMPAIO, 2009).

- **Ateliês Temático de Formação Humana Autopoietica:**
Eu e o trabalho qualificado em saúde

110

O Ateliê foi estruturado numa sala da UBS, seguindo as orientações sobre a organização do ambiente humanescente e sequência metodológica de Sampaio (2009, p.127), conforme tabela abaixo:

Quadro 1 - Etapas metodológicas do Ateliê de Formação Humana Autopoietica

Acolhimento humanescente	Os profissionais foram acolhidos em um ambiente de aprendizagem harmonizado que foi cuidadosamente organizado de acordo com a temática sempre relacionada ao trabalho qualificado em saúde. Cores, sons, aromas e imagens foram objeto de estudo no encontro. No centro da sala, uma toalha branca com o material que foi utilizado na prática projetiva escolhida para aquele dia. Ao chegarem à sala, os participantes participaram de uma atividade vivencial de relaxamento e de interação coletiva.
---------------------------------	--

Momento de individualização

Após vivenciarem o acolhimento, os participantes foram convidados a se recolherem em um lugar aconchegante, onde foram conduzidos a uma viagem interior de reflexão sobre uma situação do cotidiano do trabalho de forma a promover um resgate autobiográfico (autoconectividade). Ambos foram inspirados por um fundo musical instrumental que estimulou o processo imaginativo. Foi lançada uma questão temática que foi trabalhada no Ateliê e, a partir daí cada um fez sua autorreflexão histórica ou vivencial a respeito da temática.

Vivência projetiva

Os participantes do Ateliê foram orientados a se conectar consigo mesmo, ainda movidos pela memória imaginativa da vivência, dirigirem-se ao centro da sala e se apossarem dos materiais disponibilizados para a técnica projetiva escolhida para aquele dia (modelagem, miniaturas e brinquedos). Em seguida, construíram seus cenários expressando as sensações vividas no momento de individualização a partir da questão reflexiva do Ateliê. Cada cenário construído foi a expressão individual projetada pelos participantes no fluir da criatividade, ludicidade e sensibilidade inspirada pela questão inicial. Os registros foram feitos nos respectivos arquivos existenciais daquele Ateliê montados para aquela vivência.

Mandala humanopoiética

Os cenários construídos pelos participantes foram organizados no centro da sala, em círculo e sobre a toalha branca de forma a estruturarem uma Mandala com as produções de cada um. Uma estética de si. Os participantes foram convidados a circularem ao redor da Mandala contemplando os cenários construídos.

Dissonância cognitiva e sensitiva

Ao chegarem à frente da sua criação (cenário construído pelo participante), os profissionais se sentaram à frente de seus respectivos cenários e aguardaram sua vez de falar sobre ele, socializando os sentimentos, emoções e percepções relacionadas às experiências vivenciais daquele dia. Foi um momento de dissonância cognitiva e afetiva.

Vivência intelectual

Ao final, foi feito, através da interação com o grupo-pesquisador do Ateliê, uma exposição dialogada sobre o tema daquele dia, utilizando as vivências projetadas como âncoras metodológicas do processo de aprendizagem. Uma agenda de compromissos começa a ser viabilizada pelo grupo para o trabalho qualificado em saúde.

Fonte: Sampaio, 2009

Foram vivenciados momentos de satisfação durante a realização do Ateliê na UBS. Algo completamente novo em que todos que participaram referenciaram grande prazer e felicidade naquele momento. Algo completamente inovador para equipe. Pode-se perceber uma junção de beleza, alegria e felicidade no semblante dos trabalhadores.

Figura 1 - Momento de construção dos cenários com miniaturas



Fonte: Autores

Os dados coletados dos arquivos existenciais (SAMPAIO, 2009), transcrições das gravações de áudio e cenários produzidos com miniaturas (tabuleiro humanescente), durante o Ateliê, passaram por uma análise categorizada (BARDIN, 2011) de cada um dos participantes. Também foram considerados, a partir da abordagem sociopoética, os registros fotográficos dos cenários produzidos durante as vivências projetivas (GAUTHIER et al., 2005).

A abordagem sociopoética trabalha com métodos ligados à criatividade, com processo em movimento e modificação. As ideias são discutidas, assimiladas ou rejeitadas. Os dados produzidos pelos participantes que são considerados co-pesquisadores na abordagem sociopoética passam a ser analisados por eles mesmos, pois todo conhecimento é compartilhado (BAUER; GASKELL, 2015).

Assim, a análise dos dados não se prendeu apenas a conteúdos, mas também a imagens, movimentos e sons (NOGUEIRA, 1994).

Figura 2 - Mandala humanopoiética vivenciada no Ateliê de autoformação



Fonte: Autores

A partir do material produzido, conforme o Ateliê de Sampaio (2009) de Autoformação humano-poiético, foram criadas três macros categorias de análise para o estudo: percepção dos trabalhadores sobre Trabalho Qualificado em Saúde; fatores que geram desmotivação no trabalho e estratégias que promovem felicidade e geram prazer no trabalho.

Percepção sobre trabalho qualificado em saúde

Usando os argumentos sobre trabalho qualificado apresentado pelos autores e trazendo para o campo da saúde, em síntese, o *trabalho qualificado em saúde* seria aquele realizado com excelência, ética e prazer, ou seja, responsabilidade e felicidade no processo do cuidar, independente do grau de dificuldade (GARDNER; CSIKSZENTMIHALY; DAMON, 2004).

Realizar um trabalho qualificado faz com que a gente se sinta bem. Poucas coisas na vida são tão satisfatórias como concentrar em uma tarefa difícil, usar todas as nossas habilidades, saber o que precisa ser feito (GARDNER; CSIKSZENTMIHALY; DAMON, 2004, p. 21)

Nos estudos de Amorim (2002), a possibilidade de estar com a mente saudável, ser reconhecido pelo trabalho que desenvolve e gostar do que faz são manifestações que iluminam e colaboram com a postura laboral a ser adotada na busca da felicidade dos sujeitos.

Para Merhy (2002), a saúde é um trabalho vivo que considera a dinamicidade da vida das pessoas envolvidas no cenário

do trabalho, ou seja, seu estado de sofrimento ou de felicidade tem determinantes que precisam ser identificados. O trabalho vivo nos leva a refletir sobre a responsabilização dos nossos atos frente aos produtos e sobre a relação do produtor (trabalhador) com seu ato produtivo.

Na concepção de Sampaio (2009), o trabalho em saúde, para ser qualificado, exige mudanças na formação acadêmica dos futuros profissionais que vão atuar nas equipes de saúde. Seus estudos corroboram com a recomendação dos autores Gardner, Csikszentmihaly, Damon (2004), publicada na obra intitulada *Trabalho Qualificado*: quando a excelência e a ética se encontram. Ao afirmar a necessidade de uma formação transdisciplinar para que os profissionais promovam a atenção integral, deveremos

[...] articular saberes disciplinares e saberes da vida, proporcionar alegria, sensibilidade, criatividade e beleza na formação para o cuidado, é certamente uma nova forma de compreensão da dimensão formativa para o assistir, uma estratégia que exige um ressignificar da prática educativa docente. Esta seria uma aprendizagem significativa, um todo constituído de corpo, mente, sentimento e espírito, um sujeito respeitado na sua história, em sua dimensão social e cultural, na sua expressão afetiva. Uma pedagogia totalmente corporalizada (SAMPAIO, 2009, p. 60).

Na nossa pesquisa, de uma forma geral, foi possível observar uma dificuldade conceitual por parte de toda equipe. Para eles, os aspectos psico-afetivos são predominantes na percepção em relação ao entendimento sobre o que seria Trabalho Qualificado em Saúde. Na maioria das respostas ou expressões imagéticas, o entendimento do Trabalho Qualificado em

Saúde é vinculado à condição harmônica das relações interpessoais e ao nível de capacitação dos trabalhadores. As falas retratam bem estes aspectos:

Trabalho qualificado em saúde é uma Equipe com profissionais capacitados, onde tem solidariedade (Informação verbal, entrevistado T6).

Trabalho qualificado é um trabalho desenvolvido com amor e humildade (Informação verbal, entrevistado T9).

Um trabalho qualificado em saúde para mim é um trabalho feito com amor visando o bem-estar de todos, de modo que quase todos supram suas necessidades (Informação verbal, entrevistado T8).

Um trabalho preparado que tivéssemos mais treinamento e qualificação (Informação verbal, entrevistado T2).

Na perspectiva de Amorim (2002), realmente não é fácil elaborar uma concepção sobre algo que é sentido. Para ele,

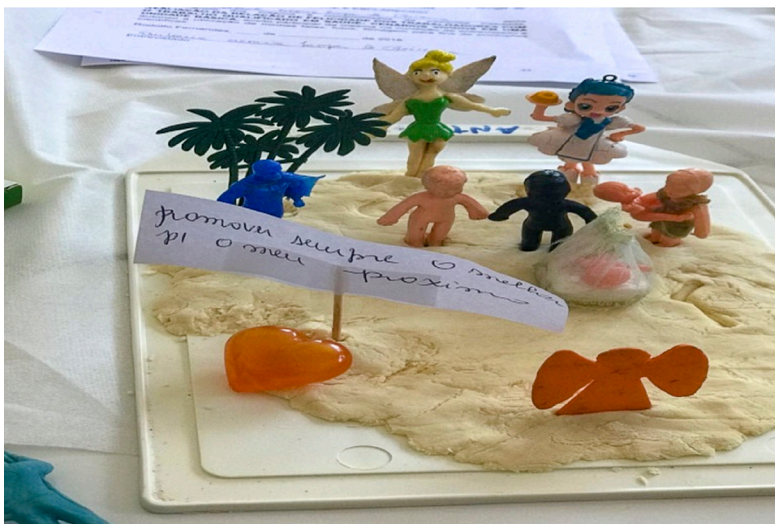
[...] a dimensão da vida humana transcende algumas percepções, que tornam difícil, às vezes impraticáveis, sua análise apenas pelo aspecto quantitativo. Esse exame numérico tem sua valia. Entretanto, quando foram iniciados, no século anterior, estudos acerca do comportamento do homem no trabalho, algumas de suas reações necessitavam de análise de cunho qualitativo, já que analisar e interpretar emoções, sentimentos e criatividade, entre outros, tornava-se indevido se o mister fosse amparado somente nos números (AMORIM, 2002, p. 21).

Outro aspecto identificado no estudo foi a relação feita pelos trabalhadores da concepção de *Trabalho Qualificado* com *Trabalho Humanizado*, ou seja, substituíram uma concepção por outra sem descrever o que entendiam sobre cada um dos conceitos. Essas expressões de humanescetes estiveram presentes tanto nas falas como nas imagens.

É um trabalho em que há humanização, solidariedade garantindo um trabalho de boa qualidade aos profissionais e usuários (Informação verbal, entrevistado T14).

É um trabalho com acolhimento humanizado, com equipe focada e centrada no usuário, é ter condições mínimas para que o profissional possa desenvolver seu trabalho (Informação verbal, entrevistado T12).

Figura 3 - Cenário que mostra o prazer de servir ao próximo, através do trabalho



Fonte: Autores

De fato, a PNH (Brasil, 2004; Brasil, 2010) apresenta arranjos que servem de estratégias para qualificação da atenção e da gestão, suas diretrizes e dispositivos implicam a valorização dos sujeitos como usuários e também como trabalhadores. No entanto, é importante diferenciar a PNH como meio e o Trabalho Qualificado em Saúde como um fim.

As condições de trabalho e a gestão também apareceram como determinantes do Trabalho Qualificado em Saúde;

Um trabalho qualificado em saúde envolve desde a parte da infraestrutura, até o atendimento e a gestão (Informação verbal, entrevistado T11)

Para mim, Trabalho Qualificado exige cumplicidade, avaliação de forma rotineira, abrir espaço para falas, avaliações de cada profissional (Informação verbal, entrevistado T10).

118

Foi marcante, nas falas e nos cenários projetados com miniaturas, a vinculação da concepção de Trabalho Qualificado com o desempenho dos trabalhadores e com o nível de resolutividade da equipe.

Trabalho qualificado é aquele em que a equipe se une num só objetivo oferecendo um bom serviço (Informação verbal, entrevistado T1).

Onde a equipe consiga desenvolver formas de aprimorar o acompanhamento dos indivíduos de forma multidisciplinar, tendo em vista que o trabalho em equipe é bem mais satisfatório (Informação verbal, entrevistado T7).

Trabalho qualificado é aquele que traz resultados. No caso específico, melhora das condições de saúde da população (Informação verbal, entrevistado T3).

Para mim trabalho qualificado em saúde é ter compromisso com os usuários é querer dar o melhor de si, é atender bem mesmo sem poder resolver 100% dos problemas, mas estar presente (Informação verbal, entrevistado T4).

É um trabalho em que todos os profissionais estejam empenhados para atender todas as necessidades dos pacientes (Informação verbal, entrevistado T5).

Amorim (2002), em seu livro felicidade no trabalho, aponta estudos atuais os quais revelam que, embora se possa e interpretar a felicidade como um estado de bem-estar subjetivo, ela decorre de atitudes concretas adotadas nas relações interpessoais. Essa revelação vem reforçar a importância que se deve dar a gestão humana no ambiente organizacional.

O que gera desmotivação no trabalho

Em relação ao que gera desmotivação, apatia e falta de envolvimento no trabalho, pode-se perceber claramente, nos achados do estudo, seja nas falas, seja nas projeções simbólicas, que a maioria dos trabalhadores alega a falta de integração na equipe como principal fator para tornar o trabalho desmotivado e infeliz:

Falta de companheirismo (Informação verbal, entrevistado T13).

A falta de solidariedade de amizade, onde me sinto desvalorizada por alguns profissionais (Informação verbal, entrevistado T1).

A falta de companheirismo e a perseguição da gestão com os funcionários (Informação verbal, entrevistado T15).

Falta de diálogo, respeito entre os membros da equipe e a falta de união (Informação verbal, entrevistado T14).

A equipe de saúde não ser unida (Informação verbal, entrevistado T6).

O que me desmotiva é a desunião de alguns profissionais (Informação verbal, entrevistado T9).

A falta de trabalho em equipe. Insumos ou local impróprio para trabalhar (Informação verbal, entrevistado T12).

A falta de humanismo e união entre os profissionais (Informação verbal, entrevistado T8).

Figura 4 - Cenário representativo da equipe no Trabalho Qualificado em Saúde



Fonte: Autores

Essas falas apontam para a importância das relações interpessoais no trabalho. A vivência de uma rotina que exige o trabalho em equipe, que especificamente atua no setor saúde, amplia o escopo de responsabilidades e necessidades no campo das subjetividades. Pinheiro, Barros e Mattos (2010) apontam, em seus estudos, para o fato de que o trabalho em equipe na saúde acontece na presença de diferentes atores profissionais com distintas formações e carecem, portanto, da articulação entre os diferentes saberes e práticas na produção do cuidado integral. Para isso, a união é essencial. Ou seja, o processo de diálogo, cumplicidade, pertencimento coletivo, de fato se faz necessário para um trabalho harmonizado e qualificado em saúde.

Outro fator que foi bastante citado como desmotivador no trabalho foi a falta de qualificação e a desvalorização profissional.

A desvalorização dos profissionais por parte dos governos (Informação verbal, entrevistado T4).

A desvalorização do profissional e também a falta de recurso para obter melhores resultados na área (Informação verbal, entrevistado T5).

Falta de reconhecimento (Informação verbal, entrevistado T2).

Organização e falta de interesse; qualificação profissional, desunião (Informação verbal, entrevistado T7).

A ética só apareceu como fator desmotivador em uma única fala.

Falta de reconhecimento do trabalho por parte do gestor; antiética profissional e falta de amor ao próximo (T9).

Estratégias que promovem felicidade no trabalho

Nessa categoria de análise, os profissionais reafirmaram que a busca pelo trabalho harmonioso em equipe, a colaboração, o respeito mútuo e vivências lúdicas são atividades que fortalecem a relação inter profissional/equipe e que promovem uma melhor comunicação/escuta, destacando a importância de espaços de criação e inovação. Essa posição da equipe reforça os estudos da psicologia da felicidade apresentados por Csikszentmihaly (1999), os quais apontam a necessidade de estratégias que promovem estado de fluxo no trabalho.

Reuniões de avaliação pessoal/profissional. Abrir espaço para ouvir demandas do profissional. Gestor se comunicar mais com a equipe de forma direta, ouvindo e acolhendo (Informação verbal, entrevistado T10).

Um ambiente de trabalho harmonioso é essencial para potencializar resultados. Como sugestão poderia criar mais momentos de interação da equipe tentando sair, por alguns momentos da rotina (Informação verbal, entrevistado T3).

União da equipe, planejamento compartilhado, trabalho continuado (Informação verbal, entrevistado T7).

Amorim (2002), em seus estudos desenvolvidos acerca desta temática, aponta que a felicidade no trabalho pode ser manifestada por múltiplas concepções e que vai depender da história pessoal de cada um, do ambiente de trabalho que está inserido, das características individuais. Então, o profissional reage à influência interna e externa do ambiente organizacional e deve ser compreendido por suas especificidades, pois os indivíduos são diferentes e precisam compartilhar o mesmo espaço produtivo.

No tocante ao que dá prazer no trabalho, a maioria dos trabalhadores relacionaram o prazer à possibilidade de ajudar ao outro (usuário), a ser reconhecido pelo que faz e a possibilidade de ter alegria e novidade no trabalho.

O que me deixa feliz é poder ajudar ao próximo (T14).

Nada mais gratificante e prazeroso que saber que existem pessoas satisfeitas por ter conseguido algo da Saúde[...] para mim é ver alguém sendo ajudado (T12).

Nada me dar mais prazer que o reconhecimento (T11).

O que me deixa mais feliz é receber uma expressão de gratidão (T3).

O amor à profissão me deixa sempre feliz (T7).

Figura 5 - Cenário que mostra o amor à profissão e o prazer de ajudar ao próximo



Fonte: Autores

Considerando o aporte teórico dos estudos sobre a felicidade no trabalho, confirma-se que o aumento da produtividade está diretamente relacionado com o estado de felicidade dos trabalhadores, pois facilita relacionamento, aumenta o prazer e o entusiasmo. Os hormônios liberados neste estado de felicidade são os hormônios do prazer. A felicidade também tem relação com a postura e comportamento que a gestão assume no ambiente de trabalho e o relacionamento com os colegas (AMORIM, 2002).

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa mostram que qualidade no serviço de saúde pode ter vários significados e sentidos. Porém, para uma instituição atingir a qualidade esperada, a gestão tem de construir, com os profissionais e usuários, a idealização de qualidade que desejam atingir. Não resta dúvida de que a gestão trabalhando com coparticipação deve facilitar o entendimento e a equipe passa a trabalhar num objetivo em comum (BRASIL, 2010).

A qualidade não pode ser alcançada isoladamente pelos profissionais, tampouco unicamente pela gestão. Faz-se necessário que os profissionais de uma equipe interajam e tenham um bom relacionamento profissional entre os componentes da própria equipe e da equipe com sua gestão. A qualidade dessas relações interfere diretamente no estado de felicidade ou infelicidade no trabalho.

Percebe-se que a não efetivação do trabalho em equipe ainda se configura como grande problema na Atenção Básica, visto que a lógica da Estratégia de Saúde da Família seria o trabalho articulado na equipe para que esta consiga desenvol-

ver, na prática, um trabalho qualificado em saúde. A resolutividade está diretamente relacionada com o trabalho efetivo da equipe multiprofissional. A troca de saberes e experiências é uma prática colaborativa que promove entrosamento entre os profissionais e proporciona melhores serviços de saúde para os usuários e trabalhadores (LIMA et al., 2014).

O relacionamento pessoal, quando não é bom dentro da equipe multiprofissional, gera conflitos e o andamento do trabalho da equipe que necessita dessa interrelação para o desenvolvimento de suas ações cotidianas fica prejudicado (BRASIL, 2004).

Quando o trabalho é realizado em equipe com o mesmo objetivo e soma de esforços para o resultado final, aumenta-se a eficácia do atendimento e contribui para a satisfação do trabalho. A satisfação no trabalho resulta em qualidade de vida, uma vez que, quando não se tem essa satisfação, vai interferir nas faltas ao trabalho, como também acidentes e erros colocando em risco a segurança dos usuários (LIMA et al., 2014).

Os resultados desse estudo revelam que as questões apontadas pelos trabalhadores como fragilidades que afetam a qualidade no processo de trabalho em saúde e, portanto, o estado de felicidade dos trabalhadores, têm grande influência do paradigma assistencial para o qual os profissionais foram formados. Os desafios apontados pelos profissionais que atuam na atenção primária, em sua maioria, referem-se a questões comportamentais da equipe ou da gestão. É fato que na formação em saúde, apesar dos princípios do SUS apontarem para o paradigma da integralidade, da interprofissionalidade, prevalece à concepção da saúde individual sobrepondo a saúde coletiva.

Ao referirem dificuldade de articulação entre os profissionais, os sujeitos pesquisados esboçam uma realidade do Sis-

tema de Saúde, visto que em parte, esta fragilidade pode ser atribuída também à formação acadêmica fragmentada, pautada numa clínica individualizada e não ampliada, com currículos voltados para assistência biologicista e não voltados para realidade do SUS (OLIVEIRA et al., 2016).

Por isso, é importante a reorientação da formação profissional e o incentivo aos programas nacionais que muitas universidades já aderiram e que buscam essa integração de ensino, serviço e comunidade visando à formação do profissional com abordagem mais integral (OLIVEIRA et al., 2016).

A valorização profissional foi outro fator bastante citado durante o Ateliê e que se deve dar maior atenção no cotidiano dos serviços. Muitos profissionais não se acham valorizados, pois não têm o trabalho reconhecido por parte da gestão e até mesmo por parte dos colegas. Também relataram a falta de qualificação profissional.

Os autores que pesquisaram sobre o trabalho em equipe na concepção da integralidade destacam que as transformações das práticas propostas pelo SUS exigem que o trabalho em equipe deve valorizar a polifonia decorrente do efetivo exercício da multiprofissionalidade, a diversidade de vozes e discursos. A valorização dessas diferenças é também a valorização desses trabalhadores. As diferenças entre saberes e práticas devem ser harmonizadas (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2010).

A interprofissionalidade é um outro importante aspecto a ser considerado como diferencial para o trabalho qualificado em saúde. Um estudo recente afirma que a relação entre profissionais de diferentes áreas fortalece o espaço da formação e do cuidado na concepção da clínica ampliada e da atenção integral (PEREIRA, 2018).

Estudos já comprovaram que profissionais valorizados e qualificados mostram mais satisfação no trabalho e, con-

sequentemente, as atividades desenvolvidas por eles são de maior qualidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al., 2016; SOUZA, 2014).

Os achados do estudo comprovam que o significado de felicidade no trabalho é algo muito subjetivo e particular, no entanto, faz-se necessário ser sentido, vivenciado. A gestão não precisa necessariamente conhecer sobre o conceito de felicidade, porém precisa saber o que proporciona estados de felicidade. Estudos apontam que é possível encontrar, dentro do ambiente de trabalho, ferramentas que, se utilizadas coletivamente, poderão envolver todos os sujeitos e tornar a satisfação e motivação algo da rotina dos serviços (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; SAMPAIO, 2009).

A educação permanente tem muito a contribuir para qualificação desses trabalhadores na atenção e assistência em saúde, pois é hoje a política pública do SUS que se possibilita pela aprendizagem no trabalho. Lembramos que a Política Nacional de Educação Permanente tem como objetivo modificar a realidade de trabalho e as práticas profissionais a partir das necessidades locais (BRASIL, 2007).

Pesquisa recente mostra que, mesmo os profissionais reconhecendo a importância da educação permanente, ainda existem muitos entraves para sua efetividade, como a rotina de trabalho, horários compatíveis com os momentos de educação, desmotivação da equipe e acúmulo de atividades. É importante que exista aproximação dos profissionais com a educação permanente e a instituição para que ela se mantenha efetiva nos serviços.

Além da Educação Permanente em Saúde, destacamos, no resultado dessa pesquisa, a Política Nacional de Humanização que foi bastante citada durante o Ateliê. É uma política que tem como um dos seus princípios a transversalidade, que

deverá perpassar todos os programas e políticas do SUS. Dessa forma, fica evidente a necessidade de uma comunicação ampliada, assertiva, com valorização dos sujeitos, uma gestão participativa que melhora a qualidade da produção de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Destacamos que esse estudo se limitou ao levantamento da realidade da equipe de trabalho de uma UBS, através da vivência de um Ateliê de Autoformação Humano-poiética, com o objetivo específico de avaliar a relação de felicidade dos trabalhadores com o trabalho qualificado em saúde, a partir da percepção desses trabalhadores. A experiência nos mostrou a necessidade e motivou a dar continuidade à realização mensal dos Ateliês, agora não mais com o objetivo exclusivo de pesquisa, mas como espaços de autoformação humana permanente. Essa foi uma intervenção apontada como necessária e desejada por todos.

A teoria da autopoiese, apontada por Maturana e Varela (1997), afirma a necessidade de investimento por parte da gestão em autoformação humano-poiética dos trabalhadores que atuam na Rede de serviços, considerando nossa capacidade autocriadora, de regeneração e transmutação. Em seus estudos, Sampaio (2009) aponta nossa capacidade de mudar nossa biologia a partir dos nossos pensamentos e sentimentos.

No tocante as políticas públicas, o olhar sobre o trabalho qualificado em saúde é apontado mais especificamente pelo Humaniza SUS, documento que expressa a PNH (BRASIL, 2004), com o objetivo de mudar as práticas que ainda acontecem com fragilidades dentro da realidade do Sistema Único. Nesse contexto, busca-se melhorar as relações e as condições do trabalho em saúde. O Ministério da Saúde apresenta como diretrizes da PNH:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: Usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das necessidades sociais de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004, p. 15).

A humanização do SUS tem como norte o trabalho em rede com equipes multiprofissionais possibilitando a troca e a construção de saberes, resgatando os princípios e fundamentos básicos do SUS, reconhecendo os gestores, profissionais e usuários como sujeitos ativos capazes de transformar a realidade dos serviços que estão inseridos.

A PNH apresenta como uma das diretrizes para mudança e melhora no processo do cuidar na Atenção Básica, a Clínica Ampliada. Destaca a ampliação do diálogo entre os profissionais, reforça a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, viabilizando a participação dos trabalhadores nas Unidades de Saúde através de colegiados gestores, promovendo ações de incentivo e valorização do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção no SUS.

A clínica ampliada sugere que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar ao outro, não só nos problemas fisiológicos, mas a ser um ser ativo e empoderado, buscando alternativas e tirando o foco do problema. Os

instrumentos utilizados na clínica ampliada são a escuta, a criação do vínculo e afeto, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticos, ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Um dos dispositivos prioritários na clínica ampliada, de acordo com Brasil (2009), é a escuta qualificada que proporciona um acolhimento diferenciado, escutar o outro mesmo quando o que se estiver conversando não seja sobre o motivo principal daquela consulta, isso gera vínculo e mostra interesse. O mesmo acontece dentro de uma equipe, a relação interpessoal muitas vezes é dificultada pela falta de diálogo entre as pessoas. Ou seja, faz-se necessário a realização de espaços de escuta, tanto dos trabalhadores como dos usuários dos serviços.

Na clínica ampliada, os estudos mostram que a gestão tem que propiciar suporte para o profissional, para que eles possam lidar com as próprias dificuldades e com os diversos tipos de situação. “A principal proposta é que se enfrente primeiro o ideal de ‘neutralidade’ e ‘não envolvimento’ que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade” (BRASIL, 2009, p.18).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa indicaram que as concepções dos trabalhadores em relação à felicidade e o trabalho qualificado na unidade de saúde necessitam ser mais explorados e compreendidos visando a melhorias dentro da equipe. Momentos e espaços de discussão sobre parâmetros, conceitos, sentimentos e emoções que afetam a felicidade e qualidade no trabalho precisam ser inseridos na rotina da Unidade. O Ate-liê de Autoformação Humano-poiética é comprovadamente uma ferramenta (método/espaço) eficaz para elaboração e vivência de um Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade na Saúde.

Alguns participantes desse estudo atribuíram conceitos restritos para Trabalho Qualificado mostrando falta de conhecimento sobre a temática. O Trabalho Qualificado precisa ser entendido por todos e a instituição deverá construir coletivamente seu conceito, objetivos e metas de qualidade a serem seguidos pela equipe.

A condução da gestão tem papel primordial na busca de possibilidades para melhoria da qualidade em saúde, pois, quando a equipe tem apoio, incentivo e também um trabalho articulado com a gestão, torna-se mais acessível e simples a sensibilização desses profissionais. Os resultados deste estudo mostram que qualidade e felicidade caminham juntas, pois trabalhadores felizes produzem com mais qualidade. Observa-se, ainda, como resultado deste estudo, que esses profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, percebem as questões de qualidade, de uma forma geral, como algo pontual e sazonal do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) e não como um rumo a ser seguido pela gestão.

Pode-se concluir que a satisfação e felicidade no trabalho estão diretamente relacionadas com o trabalho qualificado. A maioria dos profissionais pesquisados relaciona a felicidade com reconhecimento, valorização, harmonia, qualificação e resolubilidade de casos.

A realização do Ateliê serviu para conhecer a percepção dos profissionais de uma equipe conflituosa de forma mais dinâmica e levou os profissionais a refletirem sobre a felicidade, trabalho qualificado e o relacionamento interpessoal dentro da equipe.

De certa forma, aqueles profissionais foram impactados pelas vivências e depoimentos no Ateliê, pois integrantes de uma equipe que sempre se mostravam resistentes à interação, terminaram no Ateliê relatando que gostaram da experiência e que sentiam necessidade de mais momentos como aquele vividos naquele dia. Foi possível identificar o Ateliê como espaço de autoconhecimento, que possibilitou a interação com os colegas, o deixar fluir das emoções, sensações e também das frustrações no trabalho. Oportunizou momentos de expansão da criatividade, ludicidade e sensibilidade, ou seja, expansão de consciência.

Considerando o referencial teórico trabalhado e os resultados da nossa pesquisa, tornava-se cada vez mais nítida a necessidade de ir além, de ouvir e possibilitar aos trabalhadores a expressão de suas ideias, sentimentos e emoções a respeito do tema. Nessa perspectiva, pretende-se dar continuidade aos Ateliês com a equipe na perspectiva que aconteçam mudanças significativas na relação de trabalho dos sujeitos, produzindo felicidade e qualidade na atenção prestada.

- AMORIM, M. V. **Felicidade no trabalho**. Fortaleza: Empresa Universitária, 2002.
- BARBIER, R. **Pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto e imagem: um manual prático**. 13. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/08/2007&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=160>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>. Acesso em: 22 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação

Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 229, p. 141, 30 nov. 2017b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/11/2017&jornal=515&pagina=141&totalArquivos=276>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da União]**: Seção 1, Brasília, DF, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CAVALCANTI, K. B. **Pedagogia vivencial humanescente**: para sentir pensar os Sete Saberes da Educação. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2010.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.103, p. 733-743, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/733-743/pt>. Acesso em: 6 out. 2017.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **A descoberta do fluxo**: a psicologia do envolvimento com a vida cotidiana. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

FRANCO T, MERHY E. **PSF**: contradições e novos desafios. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ONLINE, 10.,1996, Brasília. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>. Acesso em: 6 out. 2017.

GARDNER, H.; CSIKSZENTMIHALYI, M.; DAMON, W. **Trabalho qualificado**: quando a excelência e a ética se encontram. São Paulo: Artmed, 2004.

GAUTHIER, J. **O oco do vento: metodologia da Pesquisa sociopoética e estudos transculturais**. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2012.

GAUTHIER, J. *et al.* Dimensão da Espiritualidade na Pesquisa em Ciências Sociais. *In*: SANTOS, I. **Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem Sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2014. DOI: 10.5935/1414-8145.20140003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

MATURANA, H.; VARELA, F. **De máquinas e seres vivos - autopoiese: a organização do vivo**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, M. P. *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Rev. Bras Educ Med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n.4, p. 547-559, out./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0547.pdf>. Acesso em: 8 out. 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. [online]. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n.1, p.103-109, fev.

2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=isso.
Acesso em: 8 out. 2018.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. A equipe de saúde. *In*: MENDES-GONÇALVES, R. B.; NEMES, M. I. B.; SCHRAIBER, L. B. (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade de saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 234-250.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1753-1756, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0469>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601753&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 24 abr. 2020.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores saberes e práticas**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

PROJETO FIB. **100 dicas para aumentar sua felicidade interna bruta**. Rio de Janeiro: Icatú, 2008.

SAMPAIO, A. T. L. **Universo encantado do cuidado na autoapoiese docente: uma viagem epistemológica transdisciplinar**. 2009. Tese - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2009.

SANTOS, I. *et al.* **Prática da pesquisa em ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.9, n. 16, p. 25-38,

2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100003>.
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUZA, A. M. N. **A satisfação do trabalhador de enfermagem no ambulatório de um hospital universitário**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/1025/1/%C3%82ngela%20Maria%20Nunes%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2000.

Clima organizacional nas unidades de Saúde da Família de Santa Cruz/RN

Mirelly Pinto de Oliveira | mirellypoliveira.odonto@gmail.com
Dentista; especialista em Saúde Coletiva

Flávia Christiane de Azevedo Machado |
flavitamachado@yahoo.com.br
Dra. em Saúde Coletiva; profa. do Depto. de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Os serviços de saúde, sejam eles públicos, sejam eles privados, são organizações com missões e valores que objetivam o cuidado à saúde de seus usuários através de um conjunto de ações e procedimentos capazes de promover a cura e melhora na qualidade de vida das pessoas (GARIGLIO, 2012).

Nessa perspectiva, mobilizar os recursos da organização, (materiais, financeiros, técnicos e humanos) para o alcance das suas metas, constitui-se em uma das mais importantes ferramentas de gestão, principalmente no que se refere aos recursos humanos que, através de seus valores e comportamentos, traduzem a qualidade do ambiente de trabalho observado (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 1999).

Em razão disto, pesquisas de clima organizacional vêm sendo aplicadas em diversos meios empresariais com o objetivo de avaliar o grau de satisfação das pessoas que integram a organização (BISPO, 2006).

Segundo Medeiros (2014, p. 31), “o clima é representado pelos conceitos e sentimentos que as pessoas partilham a respeito da organização e que afetam de maneira positiva ou negativa sua satisfação e motivação para o trabalho”. A harmonia ou desarmonia predominante no ambiente da equipe podem ter sua origem também de fatores externos à empresa, advindos de experiências pessoais (GOMES, 2015).

Nesse sentido, enquanto porta de entrada da população na rede pública de saúde, as Unidades de Saúde da Família (USF) formam um ambiente organizacional caracterizado pela pro-

moção do cuidado em saúde, sendo de fundamental importância identificar o clima organizacional existente no funcionamento também desses serviços.

Diversos esforços têm sido dedicados para avaliar os serviços oferecidos na atenção primária em todo o país, merecendo destaque o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde. Em sua primeira etapa, na autoavaliação são identificadas as dimensões positivas e problemáticas do processo de trabalho (BRASIL, 2012).

Lançar mão de instrumentos de autoavaliação nas equipes de saúde constitui-se, portanto, em uma estratégia de gestão para o redirecionamento das práticas profissionais em busca de maior qualidade no serviço. Diante disto, o objetivo desse estudo foi realizar uma pesquisa de levantamento do clima organizacional predominante no ambiente de trabalho de Unidades de Saúde da Família da cidade de Santa Cruz/RN, no ano de 2017.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de desenho seccional com abordagem quantitativa e caráter descritivo que caracterizou o clima organizacional vigente em duas Unidades de Saúde da Família do município de Santa Cruz/RN.

Santa Cruz pertence a quinta Regional de Saúde do Rio Grande do Norte, situado a 122 km da capital Natal e, segundo estimativas do IBGE, é atualmente um dos municípios que mais cresce no interior do estado em termos populacionais. Neste artigo, optou-se por conduzir um estudo de caso envolvendo duas Unidades de Saúde da Família de Santa Cruz/RN.

Os critérios para seleção das duas unidades participantes foi a maior disponibilidade dos profissionais para participação no estudo, mediante contato prévio do pesquisador com os diretores administrativos.

O estudo foi desenvolvido com os profissionais integrantes de quatro equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal (ASB) e agentes comunitários de saúde (ACS). A inclusão dos profissionais seguiu o critério de inserção na USF alvo do estudo há no mínimo doze meses.

Tais profissionais responderam um questionário para identificação do clima organizacional, que foi adaptado de Bispo (2006), composto por dois blocos de perguntas relacionadas aos fatores internos que influenciam no relacionamento dos trabalhadores com a instituição (Vida Profissional, Estrutura Organizacional, Incentivos Profissionais, Remuneração, Segurança Profissional, Nível Sociocultural, Transporte dos Funcionários, Ambiente de Trabalho, Burocracia, Cultura Organizacional e Assistência aos Funcionários) e fatores externos (Investimentos e Despesas Familiares, Convivência Familiar, Vida Social, Saúde, Férias e Lazer, Segurança Pública, Política e Economia). Foi adicionado um bloco para caracterização do perfil do profissional participante do estudo (formação, nível de escolaridade, tempo de formação, tempo de serviço público, tempo de inserção na Unidade de Saúde da Família (USF) alvo do estudo, tipo de vínculo empregatício).

A pesquisa foi divulgada nas USF envolvidas e se procedeu envio de carta convite aos profissionais explicando objetivos, benefícios da pesquisa e como preencher o questionário. Junto à carta foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo do estudo foi submetido à apreciação ética, sendo aprovado pelo Comitê de ética em pesqui-

sa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) (CAAE 71244517.4.0000.5292).

Os dados coletados foram analisados pelas frequências absolutas e relativas das variáveis, bem como cálculo das medidas de tendência central das variáveis numéricas através do software estatístico PSCP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde no ano de 2017, as quatro equipes de saúde das duas USF incluídas no estudo perfazem um total de 48 profissionais. Deste total obtido, três participantes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (tempo de inserção na UBS de pelo menos um ano), reduzindo a amostra final a 45 pessoas. Concordaram em participar do estudo 37 profissionais (82,22%), compreendendo um número de enfermeiros n=5 (13,51%), auxiliares de enfermagem n=6 (16,21%), Cirurgiões-dentistas n=2 (5,4%), Auxiliares em Saúde Bucal n=4 (10,81%) e Agentes Comunitários de Saúde n=20 (54,05%). Analisando-se as taxas de não resposta, 100% dos médicos (n=4) e 16,66% (n=4) dos Agentes Comunitários de Saúde não responderam ao questionário.

Os ACS, sendo maioria na composição das equipes, foi a categoria com maior participação no estudo. A não participação de 100% da categoria médica é um achado esperado frente às dificuldades de integração destes profissionais a atividades não relacionadas ao processo de trabalho cotidiano. Neste contexto, Carreira e Dias (2015) colocam que, desde o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), os médicos apontam dificuldades no desenvolvimento de atividades

distintas às assistenciais, salientando-se as resistências das instituições de ensino em Medicina em explorar o campo da Saúde Coletiva, por exemplo.

Em relação às demais variáveis de caracterização de perfil, a Tabela 1 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 1 - Caracterização do perfil de participantes do estudo quanto ao nível de escolaridade, tipo de vínculo empregatício, tempo de formação profissional, tempo de serviço público e tempo de inserção na USF alvo do estudo

Variável	N	Categorias			
Nível de escolaridade	37	Formação profissional	Ensino médio completo	Ensino superior completo	Pós-graduação
		Enfermeiro (n=5)	0	5 (100%)	0
		Cirurgião-dentista (n=2)	0	0	2 (100%)
		Aux. Enferm. (n=6)	5 (83,33%)	1 (16,66%)	0
		ACS (n=20)	15 (75%)	4 (20%)	1 (5%)
		ASB (n=4)	4 (100%)	0	0
Vínculo empregatício	37		Servidor efetivo	Servidor temporário	
		Enfermeiro (n=5)	2 (40%)	3 (60%)	
		Cirurgião-dentista (n=2)	0	2 (100%)	
		Aux. Enferm. (n=6)	2	4	

		ACS (n=20)	20	0		
		ASB (n=4)	1	3		
			\bar{x}	\pm d.p.	Md	Mín.- Máx.
Tempo de formação profissional (anos)	29		10,91	7,73	8	2-29
Tempo de serviço público (anos)	36		10,08	6,31	8	2-20,5
Tempo de inserção na USF (anos)	34		7,65	5,09	6	1-19

\bar{x} - média; d.p. desvio - padrão; Md- mediana.

Fonte: Autores

Quanto à escolaridade dos participantes, identificou-se que a maioria possui o Ensino Médio Completo (64,86%). Sobre a realização de cursos de pós-graduação, apenas dentistas 100% (n=2) e ACS 5% (n=1) declararam possuir.

É importante destacar que a Lei 11.350, de outubro de 2006, estabelece que a escolaridade mínima exigida para a categoria dos ACS em seleção pública era possuir o Ensino Fundamental Completo (BRASIL, 2006). Porém, Projeto de Lei 196/2009 aprovado no Senado acrescenta a exigência de conclusão do Ensino Médio. Dessa forma, os resultados encontrados estão de acordo às recomendações preconizadas (BRASIL, 2009).

A oportunidade de trabalho no setor público também é um atrativo para pessoas com nível de escolaridade maior do que o exigido nas normativas para ocupar os cargos e reflete também as condições atuais do mercado de trabalho, que é cada vez mais competitivo. Neste sentido, a categoria dos

ACS, 25% (n=05) apresenta escolaridade superior à exigida, e a dos auxiliares de enfermagem também, com índice de 16,66% (n=1).

Em relação ao vínculo empregatício, a categoria dos ACS é a única em que todos os profissionais participantes da pesquisa são efetivos (ingressaram no serviço através de concurso público). Em contrapartida, os cirurgiões-dentistas são 100% temporários.

Em se tratando dos ACS, considerados o elo de comunicação entre a equipe e a comunidade, parece haver a compreensão de que essencialmente devem ser efetivos, havendo a implicação dos mesmos com o território, posto que os ACS precisam residir na comunidade em que trabalham, conforme dispõe Lei 11.350/2006 (BRASIL, 2006).

Porém, o estabelecimento de vínculo é inerente a todo e qualquer profissional da ESF, sendo atributo característico da Estratégia Saúde da Família. Quando em condições de precariedade, o mesmo fica comprometido. Desta forma, as contratações temporárias implicam em rupturas periódicas do processo de trabalho em construção. Além disso, há a implicação política desta situação e não é incomum que a permanência dos profissionais esteja vinculada a mandatos eletivos de políticos, fazendo com que o ciclo das equipes possa ser rompido a cada quatro anos. De fato, esta questão é um dos motivos para que instituições como o Ministério Público indiquem a realização de processos seletivos.

De modo geral, os profissionais apresentaram um tempo médio de 7,65 anos de atuação na UBS, demonstrando que há um bom entrosamento e conhecimento entre os membros da equipe.

Contrapondo este resultado com o tempo de inserção no serviço público, verifica-se que a média do tempo formação \bar{x}

= 10,91 (10 anos e 11 meses) aproxima-se à média do tempo inserção no serviço público $\bar{x} = 10,08$ (10 anos e 1 mês), o que nos permite inferir que, possivelmente, a iniciativa pública foi a porta de entrada desses profissionais no mercado de trabalho, propiciando, ao longo dos anos, uma maior habituação destes ao processo de trabalho do serviço público.

Tabela 2 - Satisfação dos participantes do estudo quanto à segurança profissional, plano de carreira, remuneração e patrimônio, sucesso na carreira e cursos/capacitação profissional

Variável	n	Categorias	
Sinto orgulho de trabalhar nesta instituição	37	SIM	27 (73%)
		+ OU -	8 (21,6%)
		NÃO	2 (5,4%)
Sinto orgulho da minha atividade nesta instituição	37	SIM	33 (89,2%)
		+ OU -	3 (8,1%)
		NÃO	1 (2,7%)
Costumo indicar a instituição para amigos/parentes	37	SIM	8 (21,6%)
		+ OU -	16 (43,2%)
		NÃO	13 (35,1%)
Gostaria que meus filhos trabalhassem nesta instituição	37	SIM	16 (43,2%)
		+ OU -	10 (27%)
		NÃO	11 (29,7%)
Preocupo-me com o futuro da empresa	37	SIM	33 (89,2%)
		+ OU -	4 (10,8%)
		NÃO	0
Segurança profissional na empresa	37	SIM	15 (40,5%)
		+ OU -	10 (27%)
		NÃO	12 (32,4%)
A instituição me oferece um bom plano de carreira	37	SIM	2 (5,4%)
		+ OU -	13 (35,1%)
		NÃO	22 (59,5%)
Acho justo meu salário atual	37	SIM	2 (5,4%)
		+ OU -	13 (35,1%)
		NÃO	22 (59,5%)

Meu patrimônio é condizente com os meus esforços dentro da empresa	37	SIM	8	(21,6%)
		+ OU -	20	(54,1%)
		NÃO	9	(24,3%)
Estou obtendo sucesso na minha carreira e na minha vida profissional	37	SIM	15	(40,5%)
		+ OU -	20	(54,1%)
		NÃO	2	(5,4%)
Os cursos e treinamentos que fiz são suficientes para o exercício das minhas atividades	37	SIM	12	(32,4%)
		+ OU -	10	(27%)
		NÃO	15	(40,5%)
Dependo apenas dos meus próprios esforços para obter o sucesso profissional e de carreira na instituição	37	SIM	10	(27%)
		+ OU -	17	(45,9%)
		NÃO	10	(27%)

Fonte: Autores

Ao se avaliar a estabilidade profissional, ou seja, o risco de o funcionário ser demitido sem motivo aparente, observa-se um bom número de profissionais sentindo-se inseguros com o seu vínculo, com maior frequência entre aqueles com vínculo temporário. Esse resultado evidencia também os efeitos da precariedade do vínculo, já discutida anteriormente.

No estudo vigente, 59,5% dos participantes (n=22) da pesquisa afirmaram que não usufruem de um plano de carreira satisfatório oferecido na instituição e outros 35,1% (n=13) responderam “mais ou menos”. A inexistência de um plano de carreira satisfatório ao profissional pode significar, por exemplo, o descumprimento por parte da empresa de algumas das obrigações trabalhistas previstas em lei (contratos temporários sem as garantias como, por exemplo, férias, décimo terceiro salário, contribuição à previdência social) ou mesmo o não pagamento de remuneração adicional, como a insalubridade e a periculosidade. São práticas ainda encontradas no serviço público que fragilizam a relação profissional/instituição e, conseqüentemente, o clima organizacional.

Sobre o salário pago em 2017 pela instituição, 56,8% afirma não achar justa a remuneração recebida e sobre o seu patrimônio ser condizente com os seus esforços exercidos na empresa, ainda divide opinião a respeito. Um aspecto importante a ser ressaltado é a existência de eventuais discrepâncias salariais entre integrantes das equipes, com categorias sendo remuneradas muito acima da média dos vencimentos dos demais membros. Isto favorece descontentamento de parte dos colegas que se sentem desvalorizados dentro do serviço.

Todavia, parte expressiva dos participantes aponta sucesso em sua carreira profissional. Em relação aos cursos e treinamentos realizados, no entanto, a maioria ainda não os considera suficientes para o exercício das suas atividades na instituição. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a gestão dos recursos humanos é uma expressiva dificuldade de implantação do SUS, havendo necessidade de uma adequação profissional através do processo de Educação Permanente. Isso porque os cursos e treinamentos, por vezes, ocorrem desarticulados do contexto dos serviços, não correspondendo às necessidades da população, dos gestores e trabalhadores (SILVA, 2008).

Somente 21,6% dos profissionais costumam indicar a instituição como alternativa de emprego para amigos e parentes e 56,7% deles responderam “não” ou “mais ou menos” se gostariam que seus filhos trabalhassem nessa empresa. Apesar disso, quando questionados se sentiam orgulho do seu trabalho e da sua atividade na instituição, responderam que sim, respectivamente, 73% e 89,2% dos profissionais. A maioria também declara se preocupar com o futuro da instituição.

Dessa forma, pode-se inferir que, apesar de alguns aspectos desfavoráveis, as USF em estudo ainda apresentam um valor social e pessoal relevante capaz de despertar o orgulho de seus trabalhadores em fazer parte da mesma.

Tabela 3 - Satisfação dos participantes do estudo quanto às lideranças da equipe, estrutura hierárquica, valorização do trabalho, ambiente favorável, relacionamento com os colegas, burocracia e cultura organizacional

Variável	n	Categorias	
Eu confio plenamente no meu chefe imediato	37	SIM	20 (54,1%)
		+ OU -	13 (35,1%)
		NÃO	4 (10,8%)
O meu chefe imediato é um líder	37	SIM	19 (51,4%)
		+ OU -	12 (32,4%)
		NÃO	6 (16,2%)
O meu chefe imediato é a pessoa mais indicada para a função que ocupa	37	SIM	21 (56,8%)
		+ OU -	9 (24,3%)
		NÃO	7 (18,9%)
Estou satisfeito com a estrutura hierárquica (chefes e subordinados) a que estou vinculado	37	SIM	20 (54,1%)
		+ OU -	11 (29,7%)
		NÃO	6 (16,2%)
Considero que meu trabalho é reconhecido e valorizado pela empresa	37	SIM	7 (18,9%)
		+ OU -	22 (59,5%)
		NÃO	8 (21,6%)
Considero que meu trabalho é reconhecido e valorizado pela minha família	37	SIM	31 (83,8%)
		+ OU -	3 (8,1%)
		NÃO	3 (8,1%)
Considero que o meu trabalho é reconhecido e valorizado pelos meus amigos	37	SIM	29 (78,4%)
		+ OU -	6 (16,2%)
		NÃO	2 (5,4%)
O ambiente de trabalho favorece a execução das minhas atividades na empresa	37	SIM	18 (48,6%)
		+ OU -	19 (51,4%)
		NÃO	0
O relacionamento com meus colegas de trabalho favorece a execução das minhas atividades na empresa	37	SIM	30 (81,2%)
		+ OU -	5 (13,5%)
		NÃO	2 (5,4%)
A burocracia adotada na empresa favorece a execução das minhas atividades na empresa	36	SIM	8 (21,6%)
		+ OU -	25 (67,6%)
		NÃO	3 (8,1%)
A cultura organizacional da empresa favorece a execução das minhas atividades	37	SIM	14 (37,8%)
		+ OU -	20 (54,1%)
		NÃO	3 (8,1%)

Fonte: Autores

Quanto às lideranças, a maioria declara confiar no seu chefe imediato, consideram-no um líder e o nomeiam como a pessoa mais indicada para a função que ocupa. Afirmam ainda estarem satisfeitos com a estrutura hierárquica a que estão vinculados. Segundo Dos Anjos (2008), por ser a liderança o direcionamento de um grupo para chegar a determinados objetivos, por não coercitivos, o bom relacionamento e o respeito mútuo entre líderes e subordinados propiciam um ambiente de trabalho mais agradável.

No que diz respeito ao reconhecimento do seu trabalho, os profissionais em sua maioria sentem-se reconhecidos pela família $n=31$ (83,8%) e pelos amigos $n=29$ (78,4%), no entanto, destes apenas 7 profissionais (18,91%) sentem-se igualmente reconhecidos pela empresa, o que interfere negativamente no aspecto da valorização do indivíduo. Esta fragilidade de não valorização pela empresa, possivelmente, é compensada pela valorização social do trabalho por familiares e amigos. O apoio afetivo é deveras importante para a satisfação profissional, havendo, assim, equilíbrio às fragilidades.

Avaliando-se o ambiente de trabalho, segundo a percepção dos participantes, nenhum deles o julgou desfavorável na execução das suas atividades na instituição. Merece destaque ainda o bom relacionamento mantido com os colegas de trabalho declarado pelos participantes $n=30$ (81,2%), sendo este um dos principais indicadores de um ambiente de trabalho com clima favorável, fortalecendo o vínculo entre as partes.

Tabela 4 - Satisfação dos participantes do estudo quanto às necessidades básicas pessoais e familiares, situação financeira, assistência médica e odontológica, vida afetiva e sexual

Variável	N	Categorias	
Eu me preocupo com o futuro da minha família	37	SIM	37 (100%)
		+ OU -	0
		NÃO	0
Eu me preocupo com o futuro dos meus filhos	36	SIM	36 (97,3%)
		+ OU -	0
		NÃO	0
Estou satisfeito com a alimentação que estou podendo proporcionar à minha família	37	SIM	26 (70,3%)
		+ OU -	10 (27%)
		NÃO	1 (2,7%)
Estou satisfeito com a educação que estou podendo proporcionar aos meus filhos	36	SIM	21 (56,8%)
		+ OU -	8 (21,6%)
		NÃO	7 (18,9%)
Estou satisfeito com o vestuário que estou podendo proporcionar à minha família	37	SIM	23 (62,2%)
		+ OU -	10 (27%)
		NÃO	4 (10,8%)
Estou satisfeito com a minha residência	37	SIM	22 (59,5%)
		+ OU -	14 (37,8%)
		NÃO	1 (2,7%)
Estou satisfeito com o meu carro	37	SIM	10 (27%)
		+ OU -	8 (21,6%)
		NÃO	19 (51,4%)
Tenho tido problemas com o transporte casa-empresa e empresa-casa	37	SIM	6 (16,2%)
		+ OU -	8 (21,6%)
		NÃO	23 (62,2%)
A assistência de médico, dentista e assistência social adotadas na empresa favorecem a execução das minhas atividades	37	SIM	10 (27%)
		+ OU -	10 (27%)
		NÃO	17 (45,9%)
Estou com a minha situação financeira em ordem	37	SIM	15 (40,5%)
		+ OU -	15 (40,5%)
		NÃO	7 (18,9%)
Estou convivendo bem com meus filhos	35	SIM	33 (89,2%)
		+ OU -	1 (2,7%)
		NÃO	1 (2,7%)

Estou vivendo bem com a minha esposa/ companheira ou meu marido/companheiro	36	SIM	33	(89,2%)
		+ OU -	2	(5,4%)
		NÃO	1	(2,7%)
Estou satisfeito com a minha vida afetiva	37	SIM	34	(91,9%)
		+ OU -	3	(8,1%)
		NÃO	0	
Estou satisfeito com a minha vida sexual	36	SIM	27	(73%)
		+ OU -	9	(24,3%)
		NÃO	0	

Fonte: Autores

Todos os participantes demonstraram preocupar-se com o futuro da sua família, mas afirmaram conseguir satisfazer suas necessidades familiares básicas: vestuário, alimentação, residência e educação. Embora não estejam satisfeitos com o carro, não apresentam, em sua maioria, problemas com o transporte casa-empresa/empresa-casa. A satisfação demonstrada com a casa e não com o carro pode revelar um padrão cultural de nossa sociedade em que há maior valorização de bens mais visíveis à sociedade, como o veículo, por exemplo. Essa elevação de valores dar-se-á por meio das perspectivas em que esses bens são “vistos” ou percebidos pela sociedade, de modo que o automóvel acaba se sobrepondo (BRASIL, 2012).

Nas respostas obtidas, observa-se que um dos participantes se declarou insatisfeito quanto à alimentação oferecida à sua família. Esta constatação somada à insatisfação geral quanto ao carro sugere a percepção de que o salário não está provendo satisfatoriamente condições para aquisição de bens de consumo mais onerosos como carros e uma alimentação saudável. Uma tendência atual do comportamento de consumo alimentar é a crescente valorização de uma alimentação saudável, com baixo consumo de calorias e rica em frutas e

vegetais (PENA; COUTINHO; PÉPECE, 2010). O consumo desses alimentos nas camadas menos favorecidas da sociedade comprometeria um percentual considerável da renda familiar (BORGES et al., 2015).

Em relação à assistência médica, odontológica e assistência social adotadas na empresa, a maior parte relata não favorecer as suas atividades. De fato, isto é esperado, pois a instituição não oferece, conforme algumas empresas privadas o fazem, seguros de saúde (planos de saúde). Embora o Sistema Único de Saúde seja universal, pesquisas apontam que a classe média, classe social preponderante neste estudo, utiliza os serviços de Atenção Primária e de Média complexidade via planos de saúde suplementar (BARTELT, 2013).

Quanto aos aspectos pessoais, declaram estar com a situação financeira relativamente em ordem e com boa convivência com os filhos e companheiro. Além disso, relatam estar satisfeitos com a vida afetiva e sexual.

Tabela 5 - Satisfação dos participantes do estudo quanto aos aspectos externos e macro ambientais: o nível cultural, intelectual, social, convívio social, religião, estado físico, práticas desportivas, estado mental, férias, segurança, impunidade, violência, corrupção, crises políticas e econômicas

Variável	N	Categorias	
O meu nível cultural e intelectual é suficiente para o exercício das minhas atividades na empresa	37	SIM	32 (86,5%)
		+ OU -	5 (13,5%)
		NÃO	0
O meu nível social é suficiente para o exercício das minhas atividades na empresa	37	SIM	32 (86,5%)
		+ OU -	4 (10,8%)
		NÃO	1 (2,7%)
Estou satisfeito com o meu nível social	37	SIM	25 (67,6%)
		+ OU -	11 (29,7%)
		NÃO	1 (2,7%)

Estou satisfeito com o meu convívio social	37	SIM + OU - NÃO	28 (75,7%) 9 (24,3%) 0
Estou satisfeito com o meu nível intelectual	37	SIM + OU - NÃO	22 (59,5%) 13 (35,1%) 2 (5,4%)
Estou satisfeito com o meu nível cultural	37	SIM + OU - NÃO	23 (62,2%) 13 (35,1%) 1 (2,7%)
Estou satisfeito com a minha religião	37	SIM + OU - NÃO	33 (89,2%) 4 (10,8%) 0
Estou satisfeito com as minhas práticas desportivas	37	SIM + OU - NÃO	11 (29,7%) 14 (37,8%) 12 (32,4%)
Estou satisfeito com o meu estado físico	37	SIM + OU - NÃO	11 (29,7%) 11 (29,7%) 15 (40,5%)
Estou satisfeito com o meu estado mental	37	SIM + OU - NÃO	24 (64,9%) 11 (29,7%) 2 (5,4%)
Estou satisfeito com as minhas últimas férias	37	SIM + OU - NÃO	19 (51,4%) 11 (29,7%) 7 (18,9%)
Estou planejando para que minhas próximas férias sejam muito boas	37	SIM + OU - NÃO	28 (75,7%) 2 (5,4%) 7 (18,9%)
Estou satisfeito com o atual estágio da segurança pública	37	SIM + OU - NÃO	1 (2,7%) 6 (16,2%) 30 (81,1%)
A corrupção altera meu estado de ânimo	37	SIM + OU - NÃO	27 (73%) 9 (24,3%) 1 (2,7%)
A violência altera meu estado de ânimo	37	SIM + OU - NÃO	32 (86,5%) 4 (10,8%) 1 (2,7%)
A impunidade altera meu estado de ânimo	37	SIM + OU - NÃO	32 (86,5%) 4 (10,8%) 1 (2,7%)

Estou satisfeito com o estágio da política nacional	37	SIM	0	
		+ OU -	7	(18,9%)
		NÃO	30	(81,1%)
Estou satisfeito com o estágio da política estadual	37	SIM	1	(2,7%)
		+ OU -	11	(29,7%)
		NÃO	25	(67,6%)
Estou satisfeito com o estágio da política municipal	37	SIM	5	(13,5%)
		+ OU -	8	(21,6%)
		NÃO	24	(64,9%)
As crises políticas alteram meu estado de ânimo	37	SIM	27	(73%)
		+ OU -	6	(16,2%)
		NÃO	4	(10,8%)
As crises econômicas alteram meu estado de ânimo	37	SIM	29	78,4%)
		+ OU -	5	(13,5%)
		NÃO	3	(8,1%)
As crises internacionais alteram meu estado de ânimo	36	SIM	16	21,6%)
		+ OU -	12	(32,4%)
		NÃO	8	(43,2%)

Fonte: Autores

Quando perguntados sobre a satisfação com o seu nível social, nível intelectual, nível cultural e com a religião, os profissionais afirmaram, em sua maioria, que estão satisfeitos em relação a estes aspectos.

Sobre as suas últimas férias, muitos as consideraram satisfatórias (51,4%) e informaram estar planejando para que as próximas sejam muito boas (75,7%). Esta prospecção positiva é um fator motivacional ao profissional e demonstra que a organização está provendo condições para o lazer.

Quanto à satisfação com as práticas desportivas e o seu atual estado físico, as respostas apresentaram-se muito equilibradas, mostrando, no entanto, uma tendência das pessoas estarem insatisfeitas com a sua forma física atual. Relacionando esses dados com o hábito de realizar atividades desportivas, percebemos que os praticantes se sentiram mais sa-

tisfeitos com o seu estado físico, sendo o contrário também verdadeiro.

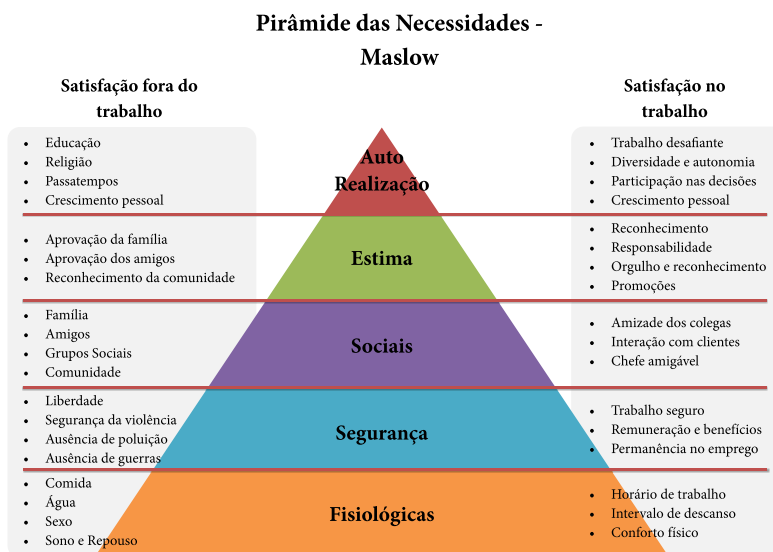
O estado mental, por sua vez, foi considerado satisfatório pela maioria, sendo ele influenciado pelas condições anteriores citadas. Reflete a qualidade de vida das pessoas no seu meio social e está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal (VECCHIA et al., 2015).

Analisando-se também os fatores políticos e socioeconômicos externos ao trabalho e que formam o macro ambiente vivenciado pelo indivíduo, os números mostram que, em todas as categorias entrevistadas, o nível de insatisfação é bastante considerável, de forma que a violência, a corrupção, a impunidade e as crises político-econômicas tornam-se fatores capazes de influenciar o ânimo e a satisfação dos participantes. A imensa maioria dos profissionais disse estar insatisfeita com o atual estágio da política nas esferas federal, estadual e municipal e também com a segurança pública.

Esses resultados sintetizam o descontentamento da população, resultados estes crescentes nos últimos tempos, com o cenário político-econômico do país. A descrença na classe política parece inflamar ainda mais essa insatisfação e a corrupção, alimentada pela impunidade, contamina o clima das instituições públicas.

Dentre as referências sobre o comportamento organizacional, no campo de estudo da motivação, destaca-se o modelo da hierarquia das necessidades de Maslow. Tal modelo coloca que as pessoas geralmente são mais motivadas pelas necessidades que desejam ainda satisfazer do que por aquelas que já foram atendidas (CHIAVENATO, 2002). Segundo dos Anjos (2008, apud DAVIS; NEWSTROM, 2001), as pessoas satisfazem suas necessidades de ordem mais baixas (fisiológicas, segurança e social) uma vez que ativam o segundo nível mais alto de necessidade (estima e auto realização).

Figura 1 - Pirâmide das necessidades de Abraham Maslow, segundo o método de análise “holístico dinâmico”



158

Fonte: jovemadministrador.com.br/consumismo-x-piramide-de-Maslow-uma-outra-visao-da-teoria/

Fazendo-se uma análise global dos resultados obtidos nesse estudo, com base na Pirâmide das necessidades, quanto às Necessidades Fisiológicas, a maioria dos participantes consegue satisfazer suas necessidades mais básicas, como o vestuário, a alimentação e vida sexual.

Com relação às Necessidades de Segurança, observa-se que estas têm sido menos atendidas, apresentando maiores índices de insatisfação: salário atual, plano de carreira, insegurança profissional, assistência médica e odontológica oferecida pela empresa, carro e o estágio atual da segurança pública. Declaram, porém, estar com a situação financeira relativamente em ordem, satisfação com a residência e não apresentam, em sua maioria, problemas com o transporte casa/instituição/casa.

Com relação às Necessidades Sociais, há satisfação com o seu nível social, intelectual e cultural, além disso, julgam o ambiente de trabalho favorável. Percebeu-se também que confiam no seu líder, têm um bom relacionamento com os colegas de trabalho e com os filhos e companheiro. Houve avaliações ruins os aspectos políticos e econômicos externos ao trabalho.

Quando analisadas as Necessidades de Estima, sentem-se valorizados pela família e amigos por suas atividades, porém não se sentem igualmente reconhecidos pela empresa, embora sintam orgulho de trabalhar na mesma.

Por fim, quando avaliadas as Necessidades de auto realização, os participantes têm conseguido obter sucesso em sua carreira profissional, estão satisfeitos com seu estado de saúde mental, religião, últimas férias e a educação oferecida aos filhos. Consideram, porém, insuficientes os cursos e treinamentos realizados até então para execução das suas atividades e também seu atual estado físico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explorado neste estudo, o clima organizacional envolve uma visão mais ampla da influência ambiental sobre a motivação de profissionais em uma empresa/organização. Dessa forma, analisando-se os fatores internos investigados na pesquisa, os resultados indicaram que a ausência de um plano de cargos e salários ocasionou maior insatisfação entre os profissionais, enquanto que, entre os fatores externos, os aspectos inerentes à política, economia e segurança pública apareceram como causa principal.

No entanto, percebe-se que os problemas internos mencionados convergem para deficiências na gestão pública que, embora reflitam diretamente no processo de trabalho da equipe, acabam fora da sua governabilidade administrativa.

Assim sendo, é possível concluir que as equipes inseridas neste estudo vivenciam um clima organizacional favorável ao serviço, pois apesar das fragilidades identificadas, a organização apresenta lideranças reconhecidas pelos seus funcionários e boas relações interpessoais (profissionais, familiares e sociais), que se constituem como fatores de equilíbrio às vulnerabilidades.

BARTELT, D. D. **A “nova classe média” no Brasil como conceito e projeto político.** Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, 2013.

BISPO, C. A. F. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Prod.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 258-273, maio/ago. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132006000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prod/v16n2/06.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BORGES, C. A. *et al.* Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 137-148, jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00137.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_programa_acesso_atencao_basica_site.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. (Cadernos de atenção básica. Programa saúde da família, 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf. Acesso em 10 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 196, de 2009.** Acrescenta na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, os artigos 9º-A a 9º-C, para instituir o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/91064>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos.** 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

DAVIS K.; NEWSTROM, J. W. **Comportamento organizacional.** São Paulo: Pioneira, 2001.

DOS ANJOS, C. A. **O clima organizacional e a sua importância no desempenho das equipes de trabalho:** um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial de Camacan. Ilhéus, BA, 2008. Relatório de Estágio Supervisionado.

GARIGLIO, M. T. O cuidado em saúde. *In*: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte:** Oficina 2 – atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4097.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

GOMES, J. L. P. **Análise do clima organizacional**: o caso do Atacadão Vicunha. 2015. 79 f. [Trabalho de Conclusão de Curso] – Centro de Ensino Superior do Seridó, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

MEDEIROS, D. L. **Clima organizacional e satisfação**: o caso da companhia de serviços urbanos de Natal – URBANA. 2014. Monografia (graduação em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Administrativas, Natal, 2014. Disponível em: <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/835>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PENA, S. B.; COUTINHO, F. G. A. C.; PÉPECE, O. M. C. O que devo comer? Influência da cultura no comportamento de consumo de alimentos por gestantes. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO CONSUMO, 5.; ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ESTUDOS DO CONSUMO. **Tendências e ideologias do consumo no mundo contemporâneo**, 1., 2010, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/350537881/6-1-1-Pena-Coutinho-e-Pepece-O-que-devo-comer-pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ROBBINS, S. P.; JUDGE; T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional**. 14. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 1999.

SILVA, W. F. M. **Pesquisa de clima organizacional**: uma análise quantitativa. Brasília, 2008.

VECCHIA, R. D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

Dimensionamento da força de trabalho na atenção básica em Anápolis e Cachoeiro de Itapemirim: a parceria com o Ministério da Saúde do Brasil

Carla Novara Monclar | carla.monclar@saude.gov.br

Fonoaudióloga; consultora Técnica do Departamento de Gestão do
Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde

Elisabet Pereira Lelo do Nascimento | betlelo@uol.com.br

Enfermeira; especialista em Saúde Pública; mestre em Enfermagem; dra.
em Saúde Coletiva; coord. executiva do Proj. de Dimensionamento em
Anápolis e Cachoeiro de Itapemirim; apoio técnico do Depto. de Gestão do
Trabalho e Educação na Saúde da Sec. Mun. de Saúde de Campinas

Josefa Maria de Jesus | josefa.jesus@saude.gov.br

Gestora Pública; especialista em Gestão em Saúde; consultora Técnica do
Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde

Este capítulo apresenta a experiência de dimensionamento da força de trabalho em saúde, desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com os municípios de Cachoeiro de Itapemirim/ES e Anápolis/GO, visando apoiar a permanente busca dos gestores municipais de saúde por ampliação e garantia de serviços de qualidade à população, em especial na Atenção Básica que é o foco desta importante parceria.

Está estruturado em quatro partes, na primeira parte, apresentamos breve caracterização do Sistema Único de Saúde (SUS) e das responsabilidades dos entes federativos no provimento de políticas e serviços de saúde, em especial na Política de Atenção Primária.

Na segunda parte, relatamos a metodologia do Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Básica, desenvolvida pela equipe da Secretaria Municipal de Campinas/SP que foi validada pelo Ministério da Saúde e transformada em referência para o desenvolvimento de experiências em parceria com municípios e estados representativos da diversidade de oferta e demanda por serviços primários de saúde no Brasil.

Na terceira, descrevemos a implantação do Dimensionamento da Força de Trabalho na Saúde nos municípios de Cachoeiro de Itapemirim e Anápolis, precedidos por sucintas descrições das condições socioeconômicas e dos modelos de organização da Atenção Básica nos municípios, que se configuram em determinantes da oferta e demanda por serviços neste nível de atenção e condicionam, em alguma medida, as

escolhas das variáveis que vão compor a classificação de risco e vulnerabilidades no território das distintas unidades de saúde da família.

E por último, destacamos algumas considerações relativas à experiência do dimensionamento nos dois municípios e apresentaremos desafios que se colocam nos caminhos da transformação dos projetos em práticas regulares de gestão da Atenção Básica nesses territórios.

BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SUS E RESPONSABILIDADES FEDERATIVAS NA SAÚDE

A gestão do SUS é responsável por executar a política de saúde de maneira a garantir a toda a população o pleno usufruto do direito à saúde. A Constituição Federal e as Lei nº 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem que a gestão do SUS seja fundamentada nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, na distribuição de competências entre a União, os estados, municípios e Distrito Federal, na participação direta da sociedade civil na gestão do sistema, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, e define a Atenção Primária em Saúde como porta de acesso a todos os serviços do SUS (BRASIL, 1990; VIANA; DAL POZ, 2005).

Desde que o princípio da descentralização foi estabelecido como diretriz organizacional do SUS, os municípios passaram a assumir o controle dos serviços de saúde da sua população, tornando-se os principais atores do processo de desenvolvimento de ações e práticas de gestão no sistema, em especial na atenção primária, cabendo aos demais entes da federação (União e Estados) a formulação de diretrizes nacionais e es-

taduais da política e a prestação de apoio técnico e financeiro (VIANA; DAL POZ, 2005).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos usuários e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Desde os anos 1990, a Atenção Básica vem ganhando relevância no acúmulo de experiências, especialmente nos municípios e estados, que têm se traduzido em momentos de qualificação e aprimoramento da Política Nacional de Atenção Primária, em especial após a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF), como principal vetor de reorganização do SUS, que recortou de modo horizontal as políticas e programas verticais do sistema.

A partir desse período, surgem experiências de reformulação de processos de trabalho e padronização de serviços conjugados à valorização da educação profissional, com o objetivo de ampliar a resolutividade e qualidade no atendimento aos usuários.

E é nesse contexto, que o Ministério da Saúde passou a concentrar ações e iniciativas voltadas à valorização da gestão do trabalho como ferramenta estratégica para estimular, no alcance de suas competências federativas, o planejamento das ações do SUS a partir do dimensionamento da força de trabalho no território, adequada às necessidades efetivas de saúde da população.

Assim, com a reestruturação do Ministério da Saúde, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Edu-

cação na Saúde (SGTES) como principal instrumento federal para mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, visando valorizar e qualificar os trabalhadores da saúde. No âmbito desta Secretaria, o Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS), é responsável por planejar estudos, pesquisas e atuar junto aos gestores municipais, estaduais, e do Distrito Federal, para o desenvolvimento de ações e práticas de gestão que permitam atender as necessidades de saúde da população com a adequada quantidade e qualidade de profissionais, atuar junto com demais gestores da federação para solucionar problemas de pessoal do setor privado pertinentes ao SUS e promover e participar da articulação de pactos entre as gestões federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, no que se refere aos planos de produção, qualificação e distribuição dos profissionais de saúde do SUS (BRASIL, 2019).

168

Entre as ações de estímulo ao debate e disseminação de conhecimento de novas práticas de gestão no SUS, cabe destacar o “Prêmio Inova SUS 2013”, concurso para valorização de boas práticas e inovação na saúde, que lançou como um dos temas o Dimensionamento da Força de Trabalho com a intenção de conhecer, apoiar e multiplicar práticas de melhoria dos processos de trabalho. O projeto premiado neste tema foi apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP com a experiência “Dimensionamento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde do município de Campinas: Atenção Básica” (BRASIL, 2015).

Em 2015, o DEGTS realizou um “projeto piloto” para validar a metodologia do dimensionamento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em municípios das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Os resultados encontrados atenderam às expectativas, sendo firmado outra parceria para

implantar o dimensionamento em outros dez municípios de quatro estados brasileiros: Paraná (PR), Amazonas (AM), Espírito Santo (ES) e Goiás (GO). Estados representativos de regiões e diferentes territórios de saúde, entre eles, o dimensionamento da força de trabalho da atenção básica nos municípios de Anápolis (GO) e Cachoeiro de Itapemirim (ES).

A escolha desses municípios para elaboração deste artigo fundamenta-se no fato de que as autoras acompanharam todas as etapas do processo de implantação do dimensionamento, a sucessão de eventos e as ações promovidas pelos gestores municipais, após a realização do dimensionamento, que indicam a incorporação da metodologia proposta às práticas e rotinas de gestão das respectivas secretarias.

A METODOLOGIA DO DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO: PROCESSO EM PERMANENTE CONSTRUÇÃO

169

O projeto de Fortalecimento da Gestão do Trabalho na Atenção Básica – Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Básica de Saúde – foi desenvolvido em parceria com o Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, a Organização Pan-Americana da Saúde /NESP/UnB, Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS e o Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Nethis/Fiocruz).

A implantação do dimensionamento ocorreu em oito meses, com momentos presenciais através da realização de quatro oficinas que totalizaram setenta horas e momentos a distância com mais 180 horas. A primeira e a quarta oficinas

foram realizadas na capital dos estados e as demais ocorrem nos municípios onde o projeto foi executado.

Para a realização das atividades nos territórios, os parceiros estaduais e municipais, viabilizam a infraestrutura logística como contrapartida, bem como a liberação dos profissionais para participarem das atividades. Ao final, na última oficina, os participantes receberam certificação como facilitadores¹ em Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Básica, podendo assumir responsabilidades de agente multiplicador.

A metodologia do projeto conjuga educação com a ação através da realização do dimensionamento orientado pelo princípio de participação ativa e com representação de todas as categorias profissionais que desenvolvem as atividades finalísticas e administrativas das equipes da AB.

Assim, neste processo de formação, foram envolvidos os gestores e profissionais da saúde das categorias que fazem parte dos serviços da Atenção Básica, profissionais da área de gestão de pessoas, profissional de tecnologia da informação, para colaborar no desenvolvimento do Sistema de Informação do Dimensionamento (SISDIMEN)², profissionais das regionais de saúde e do estado, e equipe técnica do DEGTS

O processo de educação estimula a construção coletiva de convergências a conceitos, desperta habilidades e conhecimentos na construção ou seleção de indicadores, qualifica para a avaliação e monitoramento de variáveis relevantes, aborda a seleção de prioridades e orienta a construção de

1 O facilitador é o responsável por conduzir o processo de uma sessão onde os participantes trabalham juntos para atingir determinado objetivo.

2 O SISDIMEN teve o objetivo de servir de entrada dos dados das unidades de saúde, população, região e força de trabalho, e com esses valores calcular o dimensionamento da força de trabalho, gerando relatórios com informações úteis para o balizamento do corpo de funcionários das UBS e, consequentemente, o atendimento ideal à população.

consensos em torno de objetivos comuns e quantificáveis, tendo o reconhecimento da diversidade como premissa. Todo o processo formativo tem como eixo condutor as necessidades de saúde da população, considerando as vulnerabilidades sociais³ presentes. A metodologia do dimensionamento da força de trabalho tem como referência as seguintes questões norteadoras: Para quem? O que oferecer? Como? Quantos? (BRASIL, 2019a).

No norteador “Para quem?” são identificados os usuários com suas singularidades, ou seja, os que convivem e vivem em territórios usados e suas necessidades de saúde.

No norteador “O que oferecer?” são identificados quais são os serviços de saúde ofertados, adstritos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e quais ações e serviços devem ser ofertados para atender às necessidades de saúde dos usuários no território, considerando os fatores de risco dimensionados e quantificados.

Já o norteador “Como?” identifica a articulação de estruturas, práticas e arranjos organizativos nos quais são desenvolvidas as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, reorganizando os processos de trabalho dos serviços de saúde com padronização de rotinas e fluxos dos usuários na rede de atenção à saúde.

Por último, o norteador “Quantos?” identifica quais categorias são necessárias, a quantidade de profissionais adequada e o porte da estrutura física.

Assim, a metodologia do Dimensionamento possibilita conhecer o número necessário de cada profissional para compor

3 Vulnerabilidade é compreendida como uma conjunção de fatores, sobrepostos de diversas maneiras e em várias dimensões, de modo a tornar o indivíduo ou grupo mais suscetíveis aos riscos e contingências (CANÇADO; SOUZA; CARDOSO, 2014).

as equipes de saúde, tendo como parâmetro o potencial de produção dos recursos humanos, calculados a partir das distintas jornadas de trabalho de cada categoria profissional, segundo parâmetros de produtividade dos diversos serviços prestados por esses profissionais, tendo a necessidade de saúde identificada no território adscrito de cada unidade como definidora da quantidade e categorias de profissionais (BRASIL, 2019a).

O dimensionamento foi elaborado nas dimensões qualitativa e quantitativa, a partir da utilização de cálculos matemáticos para a realização da distribuição formal de trabalhadores por Unidade Básica de Saúde (UBS), cargo e jornada semanal, identificando e classificando as vulnerabilidades dos usuários e suas necessidades de saúde, o que possibilita a reorganização do processo de trabalho individual e em equipe (BRASIL, 2019a).

Estas questões levam os participantes a aprofundar conceitos como territorialização em saúde, vulnerabilidades, a ação orientada às necessidades de saúde, assim como a desenvolver estudos e investigações sobre os parâmetros e indicadores epistemológicos e sociais disponíveis para serem aplicados na elaboração do dimensionamento, além do levantamento de informações que serão utilizadas para a classificação das vulnerabilidades dos territórios circunscritos às UBS (BRASIL, 2019a).

Por último, o conjunto das variáveis utilizadas e seus indicadores constituem as bases para a criação de sistema ou módulo de informações específico para subsidiar e retroalimentar a atividade permanente do dimensionamento da força de trabalho. Esse é o objetivo estratégico de gestão proporcionada pela metodologia de dimensionamento que visa transformar o planejamento da força de trabalho em ação permanente, mantendo o gestor munido de informações regulares da situação da saúde em seu território e dispendo de ferramentas

que auxiliam na busca por soluções rápidas e que otimizem o recurso público, valorizando o serviço de saúde pública e promovendo o bem-estar social (BRASIL, 2019a).

A implantação do dimensionamento da força de trabalho na atenção básica de saúde em Cachoeiro de Itapemirim e Anápolis

Cachoeiro de Itapemirim

O início dos diálogos com a gestão do estado do Espírito Santo ocorreu durante reunião realizada no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), momento em que a diretora do DEGTS apresentou o projeto de Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Básica ao Secretário de Estado da Saúde que aderiu ao projeto. A partir daquele momento, o então secretário indicou a subsecretária de saúde para tratar dos assuntos do projeto. Posteriormente, a subsecretária indicou a coordenadora da Atenção Primária para coordenar o projeto naquele estado.

A estratégia utilizada para informar aos gestores municipais sobre o projeto no estado foi apresentar a proposta na reunião da Comissão Intersetores Regionais (CIR) do Espírito Santo. A apresentação foi feita pela coordenadora da Atenção Primária e do projeto de dimensionamento no estado. A consulta aos gestores estaduais, para saber se havia interesse em implantar o projeto nos seus municípios, foi feita pela gestão estadual do Espírito Santo.

A decisão foi por implantar o projeto em municípios pertencentes a diferentes regiões, desta forma, o processo de multiplicação para os outros municípios pertencentes àquelas regiões seria facilitado, pelo fato de haver trabalhadores na-

quelas regiões que poderiam ser referências para disseminar a metodologia nos outros municípios integrantes da região.

- *Condições socioeconômicas*

Cachoeiro de Itapemirim é um município do estado do Espírito Santo, que ocupa uma área de aproximadamente 874,004 km² e que corresponde a 1,9% da área estadual. A população é estimada em 2018⁴ em 207.324 habitantes e a densidade demográfica foi de 216,23 hab/Km² (IBGE, 2019). É a quinta cidade mais populosa do estado, compreende dez distritos administrativos e fica a 139 quilômetros da capital, Vitória.

O município é o principal polo econômico e comercial do sul do Espírito Santo e segundo polo mais importante do estado. É centro internacional de rochas ornamentais, possui uma das maiores jazidas de mármore do Brasil e é responsável pelo abastecimento de 80% do mercado brasileiro de mármore.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,746 (IBGE), o percentual da população com rendimento nominal mensal *per capita* de até ½ SM (salário-mínimo), o que corresponde a 33,3% e a mortalidade infantil atinge 10,94 óbitos por mil nascidos vivos (IBGE, 2019).

- *Organização da Atenção Primária no município*

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo vigente desde 2011 recompôs a geopolítica de saúde e dividiu o estado em quatro regiões de saúde: Norte, Metropolitana, Sul e Central. Cachoeiro de Itapemirim é o município sede da Região Sul.

4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada em 2018. Acesso em 21/16/2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cachoeiro-de-itapemirim/panorama>.

O Sistema de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim tem como missão garantir políticas públicas de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção do município, respeitando as diretrizes e princípios do SUS. Como visão, propõe-se a ser um sistema de saúde de excelência em âmbito nacional, promovendo a melhoria da qualidade de vida da população. A Atenção Primária é composta por 33 Unidades Básicas de Saúde com 52 Equipes de Saúde da Família e quatro Pontos de Apoio, entre zona rural e urbana, cuja cobertura é de 84,76% (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2018).

O município possui um modelo de Atenção à Saúde que busca contemplar um sistema coerente que organiza o funcionamento numa lógica de redes de atenção à saúde, conformando-se em um modelo de atenção integral à saúde, que utiliza a estratégia de promoção da saúde, articulando com ações intersetoriais e estruturando os serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) que como base a ESF e Unidades de Pronto Atendimento (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2018).

- *O desenvolvimento do projeto*

O dimensionamento foi realizado em cinco UBS pertencentes à região 3⁵, onde foram realizadas quatro oficinas de formação de facilitadores no estado. A estratégia de iniciar as atividades do projeto na capital do estado justificou-se pela necessidade de articular com os gestores dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde/ES (SESA/ES) as funções e responsabilidades dos profissionais dessa secretaria no projeto. Cabe destacar que a Secretária de Saúde do município de Cachoeiro de Itapemirim teve participação ativa nas atividades e se man-

5 Em 2017, durante a implantação do dimensionamento, as UBS dimensionadas pertenciam à Região 1, devido à nova divisão de áreas feita recentemente no município, atualmente elas integram a Região 3.

teve junto com sua equipe da gestão e da assistência durante as discussões e desenvolvimento das atividades. A última oficina de encerramento da etapa de formação e implantação do projeto contou com as presenças dos gestores e trabalhadores do município e do estado, os coordenadores e tutores do Projeto e a técnica do Ministério da Saúde. O coordenador do projeto no estado apresentou o Plano de Ação da SESA/ES contendo o cronograma das atividades para a disseminação da metodologia do dimensionamento em outros municípios da região.

Para a realização da tarefa de dispersão solicitada na primeira oficina de trabalho no estado do Espírito Santo, realizou-se estudo sociodemográfico da população e verificou-se os dados que mais impactavam na região adstrita. A partir dessas informações, foram levantados os indicadores de vulnerabilidade sociais e epidemiológicos e selecionados a porcentagem de hipertensos, diabéticos, casos de sífilis e a de desempregados.

Assim, para encontrar a porcentagem de cada grupo (fator de risco), foi utilizado o quantitativo de indivíduos que se enquadravam em cada fator de risco e feita a divisão pela população adscrita por equipe e multiplicado por cem, obtendo, assim, a porcentagem de cada grupo. Após esse cálculo, cada UBS foi classificada segundo o grau de risco por equipe (CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 2018).

As informações selecionadas para compor o processo de realização do dimensionamento no município foram as seguintes:

- ✓ População total adscrita por UBS de acordo com cadastros no E-sus/AB (fonte escolhida pelo município).
- ✓ Índices de utilização do serviço, o qual define o percentual de usuários que utilizam a UBS para determinado tipo de atendimento.

- ✓ Classificação das UBS por grau de vulnerabilidade por equipe de saúde da família.
- ✓ Definição de escores para a classificação das UBS.

Durante a coleta de informações para concluir o levantamento de dados necessários para classificar as vulnerabilidades dos territórios, foram feitas reuniões com as equipes de saúde da família com participação de representantes das categorias profissionais que compõem as mesmas.

Percebeu-se, nesses espaços, que a capacidade de criar conhecimento novo a partir das discussões e reflexões sobre os processos de trabalho foi instigada. Foram feitas análises críticas sobre os problemas reais verificados naqueles territórios e identificadas suas causas e consequências para os usuários dos serviços de saúde.

A segunda e a terceira oficina de formação para o dimensionamento foram realizadas em Cachoeiro de Itapemirim e contaram com parceria dos gestores municipais que garantiram a infraestrutura para a realização das oficinas, os recursos logísticos e o traslado dos tutores, que eram a coordenadora executiva do projeto de dimensionamento, a técnica do Ministério da Saúde, o coordenador do dimensionamento no estado, representantes da regional de saúde a qual o município faz parte e os gestores e técnicos da SESA que apoiaram e participaram do desenvolvimento e realização das atividades no município.

Nesta etapa da formação, foram discutidos os dados e informações coletadas durante as atividades de dispersão e iniciada a realização dos cálculos relativos às horas de trabalho, horário de funcionamento da UBS e a produtividade de cada categoria profissional.

Deu-se início também à inserção dos dados no SisDimen e à sistematização dos dados para a construção do Relatório Dimensionamento do Município de Cachoeiro de Itapemirim, cuja entrega foi feita na quarta e última oficina do projeto.

Anápolis

- *Condições socioeconômicas*

Anápolis está situada no estado de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil. É a terceira maior cidade do estado em população, 381.970 habitantes (IBGE, 2019), fica a 53 quilômetros da capital, Goiânia, e a 125 do Distrito Federal. É a segunda maior força econômica do estado, com um PIB de mais de R\$ 13,3 bilhões (IBGE, 2019) e importante centro de logística. Possui diversificada indústria de transformação com produção de automóveis, óleos vegetais, ferrovias, máquinas e equipamentos para agropecuária, alimentos e o maior polo farmoquímico da América Latina.

A renda *per capita* do município é equivalente a R\$ 36,29 mil, cerca de 38% superior a do estado e 11,34% acima da renda *per capita* da capital Goiânia (IBGE, 2019). O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 2010, composição de indicadores de renda, longevidade e educação, corresponde a 0,737, inserindo a cidade na 22ª posição dos municípios goianos. Esse índice é similar ao do estado, com 0,735 e inferior ao de Goiânia, com 0,799 (PNUD, 2010). O salário médio corresponde a 2,5 salários-mínimos mensais e o índice de Gini, que mede desigualdade da renda é 0,50, é pouco melhor que os índices exibidos pelo estado (0,55) e capital (0,58) (PNUD, 2010).

Apesar de o município exibir robusta posição na produção da renda do estado, cerca de 31,9% dos domicílios tem renda mensal *per capita* equivalente a ½ SM, inserindo o município

na 196ª posição do ranking municipal do estado (IBGE, 2019). Ainda em relação à situação de pobreza, no critério do PNUD, constata-se que 5,74% dos domicílios do município detêm renda *per capita* inferior a R\$ 140,0 mensais em 2010, cerca de $\frac{1}{4}$ do valor do salário-mínimo do período (PNUD, 2010).

As taxas de cobertura de água encanada e coleta de lixo são de, respectivamente, 99% e 99,5%, índices superiores aos apresentados pelo estado. É importante destacar que a mortalidade infantil corresponde a 15,1 mortes por mil nascimentos, enquanto que este indicador para todo o estado é de 14 mortes por mil nascimentos no mesmo ano (PNUD, 2010).

- *Organização da Atenção Básica no município*

O município de Anápolis exerce funções de atenção à saúde no seu território e para a microrregião de Pirineus e macrorregião Centro-Norte do estado. Na microrregião de Pirineus, Anápolis é referência na baixa e média complexidade, totalizado 500 mil habitantes e na macrorregião Centro-Norte do estado, com 1,1 milhão de habitantes. Com isso, torna-se referência em alta complexidade.

Os espaços de articulação e pactuação das ações nesses níveis organizacionais envolvem, respectivamente, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que é vinculada à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, e à Comissão Intergestores Regional (CIR), na qual a Secretaria de Saúde de Anápolis é a referência institucional.

No município, o sistema é composto por três regiões de saúde e a Política de Atenção Primária à Saúde é fundamentada na Estratégia de Saúde da Família, contando com 59 Equipes de Saúde da Família, as quais estão distribuídas em 36 Unidades de Saúde da Família (USF/UBS), além de nove UBS tradicionais.

A ação das ESF é condicionada pela demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social e pela construção de relações horizontais (serviços adjacentes) e verticais com centros de referência, como estratégia de formação e consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Com essa estrutura e dinâmica de funcionamento, a taxa de cobertura estimada corresponde a 55% da população do município, considerando uma equipe por 3,5 mil habitantes (IBGE, 2019).

- *O desenvolvimento do projeto*

A indicação do município de Anápolis para participar do projeto partiu da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO), decorrente de um acordo entre os gestores estaduais e municipais. A Secretaria Municipal de Saúde decidiu que o projeto do Dimensionamento seria realizado na Região 3 de Saúde, que é composta de 22 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 16 Unidades de Saúde da Família, além de duas Unidades Básicas de Saúde, o que representa aproximadamente 20% da população do município (ANÁPOLIS, 2018).

A articulação dos parceiros institucionais foi realizada pelos gestores do DEGTS/SGTS/MS antes e durante a implantação do projeto. A rede constituída para o desenvolvimento do projeto contou com a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS), Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, a Superintendência de Atenção Integral à Saúde de Goiás, a Superintendência de Acesso a Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Goiás, a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis e a Gerência de Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. A coordenação

técnica do projeto coube ao Observatório de Recursos Humanos em Saúde – NESP/UnB.

A estratégia de implantação contou com a realização de cinco oficinas e atividades programadas durante os ciclos de dispersão. Para facilitar a comunicação de forma organizada, foi indicado um integrante da equipe de dimensionamento da secretaria municipal para ser o ponto focal que representaria a equipe do dimensionamento no município. Cada oficina foi coordenada por dois tutores: um técnico do DEGTS/SGTS/MS e o ponto focal do município.

Na primeira etapa do processo de dimensionamento, a equipe processou as informações relativas ao índice de utilização dos serviços do SUS para cada unidade que compõe a região 3 considerando estimativas de população adstrita por unidade e população ativa por unidade. Neste último caso, entendida como pessoas que utilizaram os serviços da unidade nos últimos cinco anos (ANÁPOLIS, 2018).

Logo após, a equipe sistematizou as informações da capacidade física das unidades de saúde envolvidas, bem como a distribuição existente de todas as categorias profissionais e suas respectivas quantidades por unidade de saúde.

Em seguida, foram compiladas todas as informações e parâmetros de jornada de trabalho, o tempo de funcionamento das unidades e demais informações secundárias para a composição do quadro da capacidade instalada e do cálculo do potencial de produtividade.

A equipe selecionou como indicadores de risco e vulnerabilidade, a quantidade de usuários em condições crônicas não transmissíveis e a taxa de mortalidade infantil. Desse modo, todas as 16 USF e duas UBS da região 3 receberam classificação, segundo níveis de vulnerabilidade baixa, média e alta.

Na última etapa do dimensionamento, foram calculadas as quantidades de profissionais por categoria adequadas para atender às necessidades de saúde, considerando a população adscrita por UBS, a classificação de risco por unidade, o índice de utilização de cada unidade, jornada de trabalho de todas as categorias e parâmetros de produtividade também para cada categoria profissional. Os resultados desses cálculos, confrontados com as quantidades existentes de profissionais por categoria, distribuídas por unidade, ofereceram a dimensão potencial de remanejamentos, contratações ou ajustes na força de trabalho, como subsídios estratégicos para a tomada de decisão dos gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as experiências de dimensionamento da força de trabalho que acompanhamos nos proporcionam novos saberes e práticas de gestão dos municípios na Atenção Primária. Essas parcerias têm resultado, na prática, em efetivo intercâmbio de conhecimento.

As parcerias que se pautam por inovação envolvem reflexão para superar dificuldades técnicas que se apresentam como limitações à consolidação e disseminação do dimensionamento e valorização dos aspectos que se apresentam como impulsionadores dessas experiências.

Um dos aspectos que observamos dessas experiências foi o quanto foi relevante o comprometimento do gestor da saúde com as parcerias em torno do projeto de Dimensionamento da Força de Trabalho para o sucesso na execução. A mobilização das equipes e a sinalização de prioridades criaram condições e ambiente em especial, no seu princípio, para o desenvolvimento do projeto.

Ao reunir profissionais das três esferas de gestão em um mesmo espaço com a finalidade de articular e implantar o projeto, percebeu-se a importância de fazer uma escuta atenta e verificação cuidadosa das informações trazidas pelos profissionais sobre as diferentes realidades existentes nos territórios. Esse episódio qualificou as propostas de alguns ajustes apontados por esses atores com o propósito de adequar às suas realidades durante a implementação do projeto.

Ressaltamos que, além do apoio da Secretaria Municipal de Saúde do município de Cachoeiro de Itapemirim/ES, dos seus assessores e coordenadores da atenção primária, foi muito importante o engajamento dos profissionais das equipes de saúde da família, profissionais da Secretaria Municipal de

Saúde e da representante do Conselho Municipal de Saúde que é também membro do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, que teve uma participação ativa nas oficinas de formação para implantação do projeto.

Ressalta-se que as parcerias estabelecidas refletiram um encontro de sinergias e expectativas, pois os atores locais já são protagonistas de soluções de gestão para aumento da resolutividade da atenção básica em seus respectivos territórios.

Ademais, o acompanhamento a distância dessas experiências pelo Ministério da Saúde, após a conclusão do projeto, sugere que os gestores estão movendo-se para internalizar a metodologia no planejamento e gestão da atenção básica. Em Anápolis, foi criada conjuntamente com a Secretaria de Saúde e Diretoria Administrativa, a coordenadoria para o Dimensionamento na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Atenção Básica, a qual ficará responsável pela disseminação da metodologia do dimensionamento para toda a rede municipal desse nível de atenção. Ressalta-se ainda que a gestora que exerceu o papel de ponto focal do município no projeto foi nomeada coordenadora do dimensionamento da Atenção Básica.

No entanto, o risco de descontinuidade de iniciativas inovadoras de gestão está sempre presente na administração pública. Não é incomum que a troca de gestores decorrentes de realinhamentos na base de governos ou devido a alternância de poder proporcionada pelo jogo democrático das eleições, resulte, às vezes, em abandono de projetos inovadores.

Assim, a criação de horizontes para a transformação de projetos pilotos inovadores em práticas de gestão nas políticas e programas de saúde requer, desde o princípio, que os projetos sejam submetidos e validados pelos fóruns de gestores dos entes federativos – CIB, CIT, CIR – e Conselhos de Saúde

Municipais ou Estaduais, visando reunir apoios à sua disseminação ou trocando experiências e pactuando iniciativas. O gestor de Cachoeiro de Itapemirim garantiu a participação da representante do Conselho Municipal de Saúde em todas as oficinas de formação para implantação do projeto.

A formação de redes de intercâmbio de informações entre gestores com acadêmicos e instituições da sociedade civil que estão engajados em processos inovadores de valorização de gestão são importantes como fonte de conhecimento e credibilidade pública. A formalização dos atos de gestão do Dimensionamento no âmbito Secretaria e sua posterior transformação em atos do poder executivo acrescentam robustez às experiências, emprestam mais visibilidade e facilitam a comunicação no engajamento de apoios e recursos.

No âmbito interno da gestão do projeto, a capacitação, na perspectiva da educação permanente, é vital para garantir o sucesso do dimensionamento e sua incorporação como prática permanente de gestão na Atenção Primária, pois a sua consolidação exige a transformação de hábitos, rotinas e verdades da organização segmentada e fracionada do trabalho.

A capilaridade territorial da Atenção Básica e sua rede de relações horizontais e verticais com os demais níveis de atenção é fonte estratégica de disseminação de novas práticas e saberes para o conjunto da atenção à saúde. No entanto, esta perenidade que pode auxiliar na disseminação de novas práticas pode também motivar resistências advindas destes vários fluxos, exigindo política de comunicação alinhada às mudanças e, ao mesmo tempo, estratégias de ampliação progressiva da experiência para outros níveis de atenção.

Por fim, todos os aspectos que compõem as variáveis e indicadores que são utilizados no processo do dimensionamento devem ser o mais simples possível e passíveis de pa-

dronização, classificação e quantificação, pois é a criação de um sólido sistema de informações que facilitará a realização de sistemáticos diagnósticos e a fixação de metas mensuráveis que possam ser atingidas em tempo programado, uma vez que o sistema de informações é ferramenta estratégica para a consolidação de novas práticas de gestão na Atenção Básica.

ANAPÓLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do dimensionamento de recursos humanos na atenção básica**. Anápolis, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Dimensionamento da Força de Trabalho da Atenção Básica**. 2019a. (Versão Preliminar).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2012/2013**: valorização das práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio_inovaSUS_2012_2013_valorizacao_boas_praticas_inovacao_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos

em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - IDAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 95, p. 2-19, 20 maio 2019. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/05/2019&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=152>. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da União]:** Seção 1, Brasília, DF, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>. Acesso em: 20 maio 2019.

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Dimensionamento de Cachoeiro de Itapemirim.** Cachoeiro de Itapemirim, 2018.

CANÇADO, T.C.L.; SOUZA, R.S.; CARDOSO, C.B.S. **Trabalhando o conceito de vulnerabilidade social.** Trabalho apresentado no XIX Encontro Nacional de Estudos populacionais. População, governança e bem-estar, realizado em São Pedro/SP – Brasil, de 24 a 28 de novembro de 2014. Disponível em: http://www.abep.org.br/~abeporgb/abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-10-45-499-410.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

IBGE. **Panorama.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>. Acesso em: 22 jun. 2019.

PNUD. **IDHM–Municípios 2010.** Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 22 jun. 2019.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemento, p. 225-264, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2019.

Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia

Rita de Cássia de S. Nascimento | nascimento.rita@gmail.com

Dra. em Saúde Pública; profa. da Escola de Saúde Pública da
Bahia Professor Jorge Novis

Marcele Carneiro Paim | celepaim@hotmail.com

Dra. em Saúde Pública; profa. do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia

Derbeth Silva do Carmo | deberthcarmo@yahoo.com.br

Médico do Núcleo de Residências em Saúde da Escola de Saúde Pública da
Bahia Professor Jorge Novis

Com a premissa básica de ofertar uma formação que, ao mesmo tempo, proporcionasse desenvolvimento e qualidade à atenção primária em municípios do estado da Bahia e estivesse centrada num viés diferenciado que vislumbrasse o trabalho como princípio formativo, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através da Superintendência de Recursos Humanos e Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis (ESPBA), apostou na Residência em Área Profissional de Saúde. Assim, em 2015, a ESPBA deu início à primeira turma do Programa Estadual de Residência Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família (PERMUSF-BA), inclusive pelo formato residência ser considerado como padrão ouro de formação sob a forma de curso de pós-graduação *lato sensu*. O Programa foi autorizado pelo MEC, com bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde em consonância com a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PGETS).

O PERMUSF é desenvolvido em parceria com municípios das regiões do estado da Bahia e, apesar dos avanços em indicadores socioeconômicos na última década, o maior estado da Região Nordeste possui dois terços do seu território situado no polígono da seca, sendo que a população rural é também a maior dos estados da região, o que produz um cenário de pobreza e desigualdades em vários recantos do estado. A escolha dos cenários de prática municipais tem sido realizada por meio de alguns critérios e validada pelo Conselho Estadual de

Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-BA), tecnicamente apoiada pela Diretoria de Atenção Básica da SESAB, com rodízio de municípios nas regiões de saúde.

Desse modo, a seleção dos municípios dar-se mediante alguns critérios, quais sejam: a) Unidade de Saúde da Família (USF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) situados no mesmo território; profissionais da equipe mínima e do NASF com perfil para atuar como preceptores de residentes; municípios que já receberam o PERMUSF-BA e tiveram bom desempenho na articulação e desenvolvimento das atividades; municípios em que possa ser realizada articulação com o programa de medicina de família e comunidade, por meio das universidades estaduais e municípios com desempenho satisfatório do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Foram utilizados, até então, campos de prática de 24 municípios localizados em todas as nove macrorregiões de saúde do estado (Norte, Sul, Leste, Oeste, Nordeste, Sudoeste, Centro-Leste, Centro-Norte e Extremo-Sul). Este formato regionalizado potencializa a interiorização da formação, haja vista proporcionar que o desejo de cursar um programa de residência se concretize para muitos estudantes de regiões pobres do estado, que atualmente podem se candidatar a uma vaga em sua terra natal ou num município próximo dela e fazer da residência, muitas das vezes, a sua primeira experiência no trabalho. O que pode dar vazão a gama de profissionais proporcionando mais saúde e reflexão das práticas, por meio da formação e, por outro lado, até fixar profissionais nestas regiões, efetivando o direito à saúde para cidadãos marcados pela desigualdade social.

Este capítulo tem por objetivo refletir sobre a experiência do PERMUSF na interiorização da formação em área profis-

sional de saúde, no estado da Bahia, evidenciando aspectos da interprofissionalidade a partir da apresentação das estratégias pedagógicas utilizadas e avaliação dos egressos.

O presente estudo utilizou técnicas da pesquisa qualitativa através da investigação de fenômenos, processos e relações que envolvem um universo de crenças, valores, atitudes, aspirações, motivos e significados (MINAYO, 2003).

Nesse sentido, o percurso metodológico tomou por base as avaliações anuais das duas turmas concluídas do Programa, bem como o resultado da avaliação realizada através da aplicação de um questionário online para todos os egressos. Com fins de descrição e caracterização do PERMUSF, o estudo recorreu também às técnicas de análise documental dos documentos institucionais.

Como parte do processo pedagógico, as avaliações anuais foram respondidas por todos 85 egressos do programa. Já o questionário foi disponibilizado na internet através de um formulário online e com prazo de um mês para resposta e respondido por 52 egressos, o que corresponde a 61,2% do total. Além de registrar o perfil dos egressos, o instrumento abordou questões sobre experiência com o programa, apostas pedagógicas, qualificação e inserção dos pós-graduados formados pelo PERMUSF no mercado de trabalho.

O PERMUSF-BA

Como outros Programas de Residência em Área Profissional de Saúde, o PERMUSF-BA está destinado às profissões da saúde, excetuada a médica. Eles são caracterizados por ensino em serviço com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima dois anos e em regime de dedicação exclusiva. O Pro-

grama da ESPBA contempla sete profissões de saúde, quais sejam: enfermagem, odontologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, psicologia e educação física. Está orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional.

Está voltado para a área prioritária da Atenção Básica, cujo foco é a formação de profissionais para atuarem nas equipes mínimas e de apoio especializado à Estratégia de Saúde da Família, distante da formação hospitalocêntrica, médico-centrada e fragmentada, cuja abordagem é individual e curativa. Considerando a atenção primária como propulsora de desenvolvimento social e como potencial ordenadora do cuidado, vislumbra-se a mesma como dispositivo promotor da melhoria das condições de saúde da população.

Nesse sentido, o PERMUSF-BA está pautado em políticas públicas de saúde que priorizam a integralidade do cuidado com base territorial, as quais a educação permanente e a promoção da saúde transversalizam as práticas, com vistas ao fortalecimento da Atenção Primária, compreendendo esta como ordenadora da rede de atenção, que inclui serviços secundários e terciários, a fim de garantir cuidado universal, equânime, integral e humanizado.

Um Projeto Pedagógico de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde. As estratégias pedagógicas do PERMUSF-BA estão

pautadas no currículo integrado, baseado na Teoria Crítica e no referencial que considera as formas de construção do currículo como fatos sociais, o que proporciona uma compreensão global do conhecimento e promove maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção (SANTOMÉ, 1998). Desta forma, as competências elaboradas geram um fluxo de ação e reflexão no qual é possível superar a dicotomia entre teoria e prática, bem como, entre conhecimento, trabalho e vida. Este currículo pode contribuir significativamente para a formação de profissionais com autonomia, criticidade, abertos e capazes de refletir sobre as mudanças que ocorrem a todo o momento nos cenários de práticas da atenção primária (RAMOS, 2001).

Para desenvolvimento desta proposta, o PERMUSF-BA adota métodos ativos de aprendizagem, como estratégia pedagógica, na qual os preceptores são trabalhadores locais das USF e NASF e responsáveis por facilitar o aprendizado dos residentes, por meio da discussão de narrativas, situações-problema e usuário-guias. Estes métodos enfatizam a ação de problematizar, pois têm como objetivo último, que o residente aprenda a relacionar três momentos: identificação de um problema, busca de fatores explicativos e proposição de soluções, construindo novos significados e avaliando o processo e produtos. Escolheu-se a espiral construtivista, pela representação destes movimentos desenvolvidos no trabalho coletivo dos grupos de residentes, a fim de possibilitar a aprendizagem significativa (BORDENAVE; PEREIRA, 1991; MITRE et al., 2008; LIMA, 2016).

Portanto, o currículo integrado deste Programa está baseado no trabalho interdisciplinar e no apoio matricial. No que tange ao trabalho interdisciplinar, motiva um diálogo entre áreas temáticas que possibilita desconstruir e retrabalhar

concepções, a fim de implantar e implementar nova práxis na Atenção Primária, por meio do desenvolvimento do cuidado pela equipe mínima de saúde e pela equipe do NASE, promovendo o desenvolvimento de competência colaborativa. Baseando-se na problematização do conhecimento, a realidade é tratada em abordagens que compõem blocos e módulos temáticos, selecionados por proximidade e relação com as práticas vivenciadas, que são trabalhadas a partir de projetos interdisciplinares, ou seja, o trabalho tomado como princípio educativo.

Quanto ao apoio matricial, constitui-se numa tática de gestão do cuidado em que equipes de serviços diferentes trabalham de forma integrada no cuidado de alguns problemas, promovendo retaguarda assistencial, desenvolvendo tecnologias comunicacionais capazes de reinventar fazeres e deslocar saberes. Outrossim, trata-se de

uma proposta de integração entre equipes de referência – responsáveis pela atenção direta e continuada de uma população definida – e apoiadores especializados, profissionais com conhecimentos e habilidades complementares aos das equipes de referência (SARAIVA; ZEPEDA, 2012, p. 33).

Nesse sentido, destacam-se como eixos transversais, aplicados no desenvolvimento do Programa: territorialidade, redes de atenção, apoio matricial, educação permanente em saúde e trabalho em equipe interprofissional. A territorialidade, no sentido de usar o território como sinônimo de espaço geográfico, entendido como instância social, ou seja, aquilo que é inerente e se impõe a tudo e a todos. Portanto, o território entendido como questão essencial para efetivação do direito à saúde, considerando que os problemas estão a ele vincula-

dos (RIBEIRO, 2007). Além de potencializar a integralidade do cuidado, há evidências na literatura internacional que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, reduzindo os custos dos sistemas de saúde (MENDES, 2010).

No que tange ao apoio matricial, é um recurso facilitador e método para o cuidado em saúde, uma vez que as ações compartilhadas entre a equipe e matriciadores podem produzir novos modos e lugares da atenção, auxiliando de forma especializada as equipes da estratégia de saúde da família no cuidado em saúde, fortalecendo e aprimorando as ações no território (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013). Em se tratando da educação permanente, que concebe o trabalho como princípio educativo, além da relevância, destaca-se a viabilidade em disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, de forma que se cumpra uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Seu conceito serve para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo/carreira, mas na ampla intimidade e intercessão educação/atenção na área de saberes e de práticas em saúde (CECCIM, 2005).

O trabalho em equipe interprofissional é entendido como ato dinâmico, configurando equipes de trabalho integradas cuja democratização das relações de trabalho pauta a integralidade do cuidado pelo agir comunicativo (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI et al., 2013) e atitude colaborativa. Desta forma, o PERMUSF-BA tem potencial para promover a reorganização da atenção primária por meio das equipes de saúde da família e de sua integração com NASF e demais equipamentos de saúde, na perspectiva do cuidado integral e de espaços compartilhados para desenvolvimento de atividades, consideran-

do o trabalho como princípio educativo, no fortalecimento das redes de atenção.

Ao longo do primeiro ano (R1), a ênfase formativa é dada à produção do cuidado integral e os residentes do PERMUSF-BA desenvolvem atividades coletivas nos municípios, pautadas na clínica ampliada, com ênfase ao trabalho em equipe, a exemplo de feiras, palestras, simpósios, etc., bem como participam de reuniões de conselho de saúde e eventos proporcionados pela Secretaria Municipal de Saúde (de cunho setorial e intersetorial). Em articulação com os tutores de campo e profissionais dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), os residentes participam de agendas locais. Quanto ao segundo ano do programa (R2), concerne os rodízios e estágio opcional, a derivarem de áreas que dialogam com a necessidade de aperfeiçoamento do residente na formação em saúde da família.

Instrumentos pedagógicos

O processo de ensino-aprendizagem do PERMUSF-BA está ancorado nas teorias interacionistas, na aprendizagem significativa, na reflexão a partir da prática, na dialogia, em ações educacionais apropriadas à realidade do trabalho, que o tomam como princípio educativo, e das condições de saúde dos territórios. O aprendizado se dá por meio da abordagem construtivista e a metodologia científica se delinea através da espiral construtivista, cuja representação do processo ensino-aprendizagem, neste formato, traduz a relevância das diferentes etapas educacionais desse processo como movimentos articulados e que se retroalimentam, como se vê na Figura 1 (LIMA, 2016).

Estes movimentos são desencadeados conforme as necessidades de aprendizagem, pautadas nos blocos e módulos temáticos, diante de um disparador ou estímulo para o desenvolvimento de capacidades. Tal elemento disparador pode ser uma narrativa de cena vivenciada pelo residente, um usuário-guia ou uma situação problema, esta última disparada pela Coordenação Estadual do Programa.

Figura 1 - Representação esquemática da espiral construtivista



Fonte: Lima, 2016

A narrativa como método de investigação, potencialmente, coloca o residente como protagonista do processo educativo, funcionando como elemento disparador do processo ensino-aprendizagem no PERMUSF-BA, na medida em que identifica problemas. Ademais, permite o estudo de aspectos como a construção da identidade do residente ao contar sua história para se apropriar dela em um processo eminentemente formativo, de autoria, haja vista que, ao narrar, é possível que o protagonista reconstrua a experiência refletindo sobre o vivido e dando significado ao acontecimento. Deve corresponder

a experiências ligadas à prática profissional do residente, que expõe seu pensamento individual, e ser considerada como crítica, no sentido de exigir especial esforço e reflexões, cujas questões envolvidas possam reverberar junto aos demais residentes. Portanto, a narrativa deve lançar as dúvidas, emoções e reflexões, transparecendo o cenário onde ocorreram os fatos. Deve também ser permeável às diferentes posições dos diversos atores, sobretudo, mobilizar os ouvintes e leitores a realizarem novas reflexões, estimulando-os a produzirem novos conhecimentos a partir da história compartilhada.

Quando se menciona a um usuário-guia como outro dispositivo para processar o aprendizado de residentes do PERMUSF-BA, refere-se a uma situação com alto grau de complexidade, não se fala apenas da necessidade de disponibilizar uma série de recursos e equipamentos tecnológicos para o tratamento, como também, e principalmente, daqueles casos que exigem a mobilização de vários tipos de saberes, tanto os saberes de distintos profissionais, como também o saber dos usuários e a consideração às suas escolhas de vida, podendo ser interpretada e construída como uma cartografia dos encontros em torno da produção de cuidado. O prontuário, a memória do profissional residente e, além do relato da própria memória, é indicado para compor o usuário-guia, buscar também a narrativa do próprio usuário, dos demais profissionais e outros sujeitos envolvidos na produção do cuidado ao mesmo, destacando que a construção do usuário-guia está baseada em diferentes narrativas. Após relatar o caso, que de alguma forma desafiou por sua complexidade, o usuário-guia será alvo de uma discussão coletiva entre o grupo que estiver participando da atividade, produzindo um conhecimento coletivo sobre o caso e um conhecimento sobre si mesmo.

O processamento de narrativas ou a discussão do usuário-guia demanda a construção de novos significados, que devem ser expressados por meio da síntese reflexiva por meio de um texto sistematizado derivado das discussões. Ele deve vir com referências da literatura sobre o problema narrado e o conhecimento produzido e também deve ser postando no AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem) para avaliação pelo tutor de núcleo que também promove os fóruns temáticos do ambiente, cabendo ao residente participar das discussões teóricas, juntamente com os colegas de profissão que estão em outros municípios, trocando experiências e aprendizado.

No que tange ao diário cartográfico, sua construção pode ser compreendida como uma possibilidade de produção de visibilidades e novas possibilidades de ver e dizer para os acontecimentos que se estabelecem na produção do seu processo formativo e das práticas desenvolvidas. Para tal construção, é preciso que se esteja aberto aos encontros produzidos na formação, considerando que a cartografia não tem um roteiro, não precede de um método, não pressupõe uma investigação. Ao contrário, ela pressupõe a abertura para a inventividade e criação, em que cada um pode lançar mão de diversos recursos para dar vazão (ou não) aos encontros do seu processo formativo. Assim, qualquer entrada nesse diário cartográfico é válida, desde que produza múltiplas saídas – afetos e sentidos (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Assim, os residentes são convidados a construir uma cartografia de seu itinerário formativo, produzido nos encontros (ou não) instigados por sua atuação no PERMUSF-BA, o que contribui para sua autoavaliação e ajustes necessários à formação do mesmo. Mensalmente, o residente é instigado a escrever registros no seu diário cartográfico, situado no ambiente virtual de aprendizagem, o que contribui para avaliação da tutoria.

Acredita-se que os instrumentos pedagógicos descritos e utilizados no PERMUSF-BA, quais sejam as narrativas, situações-problema, usuário-guia (processadas por meio da espiral construtivista), os métodos de avaliação através das sínteses reflexivas e diários cartográficos, corroborando com os métodos elencados como o trabalho interdisciplinar, o apoio matricial e o currículo integrado, proporcionam o desenvolvimento de competências que dialogam fortemente com os princípios da interprofissionalidade, que é tão necessária para a prestação de cuidado com qualidade e satisfação das necessidades de saúde.

Acompanhamento pedagógico

Em programas de residência, o acompanhamento pedagógico é conduzido por tutores de núcleo e tutores de campo, cuja função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos na área. Conforme Campos (2000), o núcleo demarca uma área de saber e de prática profissional, assim como o campo baliza um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades práticas e teórico-práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. No PERMUSF-BA, a tutoria de núcleo é realizada por profissionais de áreas técnicas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e da Escola de Saúde Pública da Bahia, sendo o agente que faz o acompanhamento

acadêmico dos instrumentos pedagógicos produzidos pelos residentes na avaliação das competências (narrativas ou usuários-guia, situações-problema, sínteses reflexivas, diários cartográficos). Todas essas ações são por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), especificamente das atividades vinculadas ao conteúdo específico da categoria profissional bem como a dinâmica das discussões dos fóruns temáticos.

Já a tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica é voltada à discussão das atividades práticas e teórico-práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento da saúde coletiva, integrando núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. No PERMUSF-BA, o tutor de campo da saúde coletiva é o agente que faz o acompanhamento das atividades do curso por meio da visita *in loco*, especificamente das atividades vinculadas ao núcleo de Saúde da Família desenvolvidas por apoiadores institucionais da Diretoria da Atenção Básica/SESAB, representantes dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e por Coordenadores Municipais da Atenção Básica. Esta tutoria tem foco na identificação de problemas locais de saúde, na proposição e desenvolvimento de intervenções, com vistas ao desenvolvimento e implementação de redes locorregionais de atenção à saúde de acordo com as necessidades locais de saúde que se apresentam nos territórios.

Partindo de uma situação inicial para uma situação-objetivo, projetos de intervenção viáveis e exequíveis, com vistas a minimizar o problema identificado pelo grupo de residentes em cada município, poderão gerar um relato de experiência individual, alvo do trabalho de conclusão da residência (TCR), partindo da problematização da realidade.

No PERMUSF-BA, cabe ao preceptor um papel pedagógico de grande relevância, considerando a metodologia utilizada, qual seja ativa de aprendizagem. A atividade pedagógica do preceptor está pautada na espiral construtivista a ser desenvolvida na unidade de saúde e que vai estar possibilitando o aprendizado da equipe de saúde, atuando, desta forma, como um facilitador do processo de aprendizagem. A realidade é problematizada pelo residente por meio de narrativas, usuários-guia, ou ainda por meio de situações problemas, de modo que tais dispositivos apresentem um desafio cognitivo para o qual se reconhece a utilidade tanto para o residente, quanto para a equipe local de saúde (preceptores) que também aprende. Os residentes participam de modo colaborativo e cooperativo no processamento de tais dispositivos disparadores do processo ensino-aprendizagem e ativam seus conhecimentos prévios, que são determinantes na construção de novos saberes, tornando a aprendizagem significativa.

Ao utilizar os movimentos da espiral construtivista, que projetam uma aprendizagem inacabada, pedagogicamente, a dividimos em dois encontros mensais com os residentes e que são mediados pelos preceptores, portanto, de intervalo quinzenal. No primeiro encontro, cada residente produz dispositivos pedagógicos (narrativas, usuário-guia ou situações-problema) e se encontra com os demais residentes e preceptores para escolha e processamento de um deles. O objetivo é levantar problemas, hipóteses (explicação do problema) e questões de aprendizagem, ou seja, as três primeiras etapas da espiral construtivista, também chamada de síntese provisória. Numa atividade autodirigida (AAD), no intervalo entre os encontros, os residentes buscam novas informações para dar seguimento às discussões no segundo encontro mensal com os preceptores. No segundo encontro mensal com pre-

ceptores, os residentes levam os resultados de suas buscas e, nesta oportunidade, trabalham as duas últimas etapas da espiral construtivista: construindo novos significados e avaliando processos e produtos, momento também chamado de nova síntese.

As discussões mensais, frutos do processamento de dispositivos pedagógicos, estão organizadas em quatro blocos (a- conhecendo o território de abrangência; b- qualificando as intervenções em saúde; c- integralizando o cuidado em saúde; d- temas livres), cada um com dois módulos, totalizando oito módulos, os quais são organizados por proximidade temática. O final de cada módulo temático culmina com a realização de um Seminário Trimestral Interdisciplinar de Avaliação, oportunidade para sistematizar as discussões, apresentar experiências e os residentes receberem feedback dos tutores.

Nesta perspectiva, é possível perceber que a organização dada ao acompanhamento pedagógico dos residentes se dá numa perspectiva de formação caracterizada no contexto interprofissional e que rompe a abordagem tradicional, haja vista as estratégias efetivadas pela tutoria e preceptoria do PERMUSF-BA, explorando a complementaridade das profissões que compõem o Programa.

A escolha pedagógica do PERMUSF-BA exige um processo contínuo de avaliação do residente, prioritariamente formativa, ação esta que permite ser identificadas as potências e superação de barreiras que interferem no processo de ensino e aprendizagem. A avaliação formativa é caracterizada como um ato comunicacional entre os pares (residentes, preceptores, tutores e coordenações) capaz de transformar qualitativamente as práticas de saúde. No Programa, seu foco é permanente no processo de construção das dimensões de competência em saúde da família, conforme a matriz de competências básicas, descritas adiante. Outrossim, a avaliação formativa também ocorre no processo de desenvolvimento de habilidades e atitudes desempenhadas nos campos de práticas, balizadas pelo estudo teórico da realidade, este relativo aos blocos e módulos temáticos.

206

Neste sentido, define-se competência como a capacidade de transformar conhecimento e habilidades em entrega. É a capacidade em mobilizar diferentes recursos para solucionar com pertinência e efetividade uma série de situações da prática profissional, ou seja, transformar conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse e vontade em resultados práticos. Ter conhecimento e experiência e não saber aplicá-los em favor de um objetivo, de uma necessidade, de um compromisso, significa não ser competente (LIBÂNEO, 1998; LIMA, 2005).

São competências esperadas a serem desenvolvidas pelos residentes no PERMUSF-BA: compreender as representações sociais do processo saúde-doença; ser capaz de analisar situações de saúde e as singularidades do território e das pessoas que nele vivem; organizar, coordenar e implementar atividades referentes à formulação e execução das políticas de saúde voltadas para o apoio especializado, em articulação com

as políticas locais; realizar as atividades dentro dos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética com a resolução do problema de saúde para além do ato técnico; promover a democratização das relações entre os profissionais envolvidos no cuidado em rede; oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência e considerar o processo de pesquisa e intervenção estruturante para o desenvolvimento das ações de saúde.

São habilidades e atitudes relacionais esperadas a serem desenvolvidas pelos residentes do PERMUSF-BA: atuar profissionalmente, compreendendo a saúde em suas múltiplas dimensões com o estabelecimento de relações de análise e implicação ética, a partir do reconhecimento da estrutura e formas de organização social, suas transformações e expressões; apoiar as equipes básicas para a construção de projetos terapêuticos voltados para áreas e especialidades não integrantes da equipe mínima da USF, fundamentada no trabalho em equipe; ampliar a autonomia e confiança/segurança das ESF na implementação dos projetos terapêuticos multiprofissionais, tomando o trabalho como princípio educativo; construir canais ágeis de comunicação entre os serviços para promover um maior intercâmbio de informações entre as equipes; construir espaços terapêuticos e de diálogo entre as equipes de saúde (USF e NASF) e a comunidade, com vistas à autonomia e o controle social e elaborar e desenvolver projeto de intervenção com foco na atenção primária à saúde.

Para elaborar as competências básicas que o egresso do PERMUSF-BA deve adquirir ou aperfeiçoar ao final do Programa, foram elencadas oito competências básicas de acordo com Holanda, Marra e Cunha (2014). A avaliação do residente, portanto, visa à verificação de desempenho nas dimensões cognitivas, de habilidades e relacionais de acordo com o perfil

esperado do egresso. Ambas são definidas e apresentadas na Figura 2, a seguir, com vistas à efetivação do trabalho em equipe interprofissional: desempenho assistencial, trabalho em equipe, matriciamento, humanização, relacionamento interpessoal, liderança, tomada de decisão, direcionamento para resultados.

Figura 2 - Matriz de Competências do PERMUSF-BA

DESEMPENHO ASSISTENCIAL	TRABALHO EM EQUIPE	MATRICIAMENTO	HUMANIZAÇÃO	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	LIDERANÇA	TOMADA DE DECISÃO	DIRECIONAMENTO PARA RESULTADOS
↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
ATENÇÃO	COOPERAÇÃO	TRABALHO EM EQUIPE	ACOLHIMENTO	CONFIABILIDADE	AUTONOMIA	AUTONOMIA	ADMINISTRAÇÃO DE TEMPO
↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
RESOLUTIVIDADE	DISCERNIMENTO	CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA	DIALOGO	EQUILIBRIO EMOCIONAL	EQUILIBRIO EMOCIONAL	DISCERNIMENTO	COMPROMETIMENTO
↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
RESPONSABILIDADE	RESPEITO	INTEGRALIDADE	ESCUITA	PERSPICÁCIA	FLEXIBILIDADE	FLEXIBILIDADE	FLEXIBILIDADE
↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
TÉCNICA DE EXECUÇÃO	EFETIVIDADE	RESPEITO	RESPEITO	RESPEITO	POTENCIAL NEGOCIADOR	OBJETIVIDADE	POTENCIAL NEGOCIADOR
↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
AVALIAÇÃO	COMUNICAÇÃO	CO-GESTÃO	COMUNICAÇÃO	ESCUITA	CONFIABILIDADE	RESOLUTIVIDADE	AVALIAÇÃO

Fonte: Adaptado de Holanda, Marra e Cunha, 2014

OS EGRESSOS

Até então, o PERMUSF-BA tem formado profissionais de saúde que contribuam para o incremento da Atenção Primária por meio da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), tendo finalizado duas turmas (2015-2017; 2017-2019) com 85 egressos. Destes, quinze são homens e setenta são mulheres. Esse número de concluintes do sexo feminino, que corresponde a mais de 80% do total, reforça a tendência crescente de ocupação feminina na área da saúde, especialmente na saúde coletiva, que vem sendo observada nos últimos anos.

Os achados revelam que o Programa vem desempenhando a importante missão de interiorizar a formação, quando capilari-

za a oferta de oportunidade de cursar um programa de residência, haja vista que 70% dos egressos procedem do interior do estado. Considerando que aproximadamente 60% destes egressos têm menos de trinta anos, 85% deles não tinham participado de processos formativos após a graduação e anteriores ao Programa; assim como 65% não atuavam na área antes de cursar o PERMUSF-BA. Neste sentido, a aposta formativa da ESPBA também vem cumprindo a premissa da Lei 11.129/2005, que, em seu Artigo 13, Parágrafo 1º, destaca a inserção de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005).

Valendo-se das avaliações anuais da primeira e segunda turma realizadas ao final do primeiro e segundo anos do Programa, é possível perceber que a totalidade dos egressos demonstrou aquisição ou aperfeiçoamento de competências. O trabalho como princípio educativo foi visto como um grande propulsor da aprendizagem significativa pelos egressos, especialmente no que tange ao método aplicado pelo Programa, que instiga à reflexão e ressignificação das práticas e ao aprimoramento da construção do conhecimento, sendo o residente o protagonista do seu aprendizado. Neste sentido, os princípios do PERMUSF-BA mais valorados no processo de formação foram o trabalho em equipe interprofissional e o matriciamento, o que fez evidenciar o aprendizado solidário e o fortalecimento da educação permanente em saúde e promoveu a quebra do paradigma do modelo hospitalocêntrico e biomédico e a cultura do cuidado centrado na pessoa.

Outras competências como o diálogo, acolhimento, desempenho assistencial, direcionamento para resultados e administração do tempo foram bastante valoradas pelos egressos, como também de habilidades como aperfeiçoamento da escrita e oratória em público também foram referenciadas,

além da atitude em defender o SUS. Cursar o programa, em alguma medida, favoreceu a inserção de egressos no mercado de trabalho após a residência, não apenas na atenção à saúde, mas também na gestão e na docência, bem como na aprovação em concursos públicos e processos seletivos.

Os instrumentos pedagógicos mais referenciados pelos egressos que contribuíram para a aquisição e/ou aperfeiçoamento de competências foram as narrativas, as sínteses reflexivas e o diário cartográfico. A primeira, por possibilitar investigar e refletir sobre a realidade vivenciada, detectando problemas de modo crítico e reflexivo. As sínteses reflexivas, pois possibilitam a sistematização do aprendizado, com referência na literatura, sedimentando o conhecimento em sua própria necessidade. Já o diário permitiu a autoavaliação e mostrou em que ponto o residente necessita concentrar esforços para a aquisição ou aperfeiçoamento de competências almejadas e orientadas.

Desta forma, compreende-se que os instrumentos pedagógicos utilizados pelo PERMUSF-BA são apropriados à formação do residente que desenvolva competências para atuar como generalista, com formação humanística e com capacidade crítica para compreender a saúde em suas múltiplas dimensões: analisar as situações de saúde e as singularidades do território e das pessoas que nele vivem; organizar, coordenar e implementar atividades referentes à formulação e execução das políticas de saúde e realizar as atividades dentro dos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, com a resolução do problema de saúde, para além do ato técnico. Ou seja, para formar profissionais capazes de atuar em equipe, com atitudes colaborativas, relações de interprofissionalidade, ampliando a resolutividade e qualidade do cuidado em atendimento às necessidades das pessoas que vivem nos territórios onde a formação acontece.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo decorrido duas turmas do PERMUSF-BA, é possível refletir sobre as fragilidades e desafios do Programa, entre eles a interiorização da formação de preceptores, que são trabalhadores municipais. Considerando que a equipe gestora estadual é diminuta e tem outras demandas além da coordenação pedagógica do Programa, considerando a dimensão do estado da Bahia, é desafiador criar estratégias de supervisão *in loco*, visando ampliar e alinhar a compreensão sobre a proposta formativa, potencializando a gestão local do Programa, o que tem se desenvolvido nos Seminários Trimestrais Interdisciplinares de Avaliação.

Como potencialidades do Programa, são perceptíveis a possibilidade em capilarizar a formação potencializando a interiorização e o desenvolvimento da atenção primária de qualidade, em municípios mais carentes do estado, numa perspectiva regionalizada. Isso vem permitir maior inserção de profissionais no mercado de trabalho, com interesse pela área de saúde da família, além de contribuir para a aprovação em concursos de egressos do Programa. Ademais, também vem possibilitar a realização de outras especializações e mestrado, além de abrir campo para a docência, fomentando o uso de métodos ativos que tornam o estudante como protagonista do seu aprendizado.

Por outro lado, as estratégias pedagógicas e os métodos utilizados pelo Programa promovem uma formação diferenciada, que problematiza a realidade e que proporciona o desenvolvimento do efetivo trabalho em equipe pela formação interprofissional. Isto melhora a qualidade e amplia a integridade do cuidado em saúde, por meio do estabelecimento de relações que se traduzem em práticas mais colaborativas no

atendimento às complexas necessidades de saúde, o que promove a materialização do trabalho e da formação interprofissional.

A partir da concepção ampliada de saúde, além de ampliar a satisfação de todo o coletivo, fortalece os ideários do SUS, podendo assim dizer que o Programa Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde da Família trata-se de uma formação de qualidade para o SUS e, por que não dizer, para a vida!

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, 2013. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/issue/view/35/4>. Acesso em: 18 maio 2019.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 1991.

BRASIL. Lei N. 1.129, de 30/06/2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 125, p. 1-2, 1 jul. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/07/2005&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=96>. Acesso em: 18 maio 2019.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129275/000507549.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 maio 2019.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. 94 p. v.1.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.4, p.373-379, 2014. DOI: 10.1590/1982-0194201400062. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-027-004-0373/1982-0194-ape-027-004-0373.x45416.pdf. Acesso em: 18 maio 2019.

LIBÂNEO, J. C. Os campos contemporâneos da didática e do currículo: aproximações e diferenças. *In*: OLIVEIRA, M. R. N. S. (Org.). **Confluências e divergências entre didática e currículo**. Campinas: Papyrus, 1998. p.53-92.

214

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.369-379, mar./ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12>. Acesso em: 18 maio 2019.

LIMA, V. V. Constructivist spiral: an active learning methodology. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 61, p. 421-437, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421. Acesso em: 18 maio 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.2297-2305, 2010.DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, supl.2, p. 2133-2144, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018. Acesso em: 18 maio 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública** [online], v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 maio 2019.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 4, p. 977-83, ago. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-623420130000400977. Acesso em: 18 maio 2019.

RAMOS, M. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciência Saúde Coletiva** [online], v.12, n.6, p. 1525-1532, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a12.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SARAIVA, S.; ZEPEDA, J. Princípios do Apoio Matricial. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

A compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família sobre a preceptoria da residência multiprofissional em saúde

Francijane Diniz de Oliveira | francijanediniz@gmail.com
Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de
Saúde de Recife/PE

Ricardo Henrique Vieira de Melo | ricardohvm@gmail.com
Mestre em Saúde da Família

Rosana Lúcia Alves de Vilar | rosanaalvesrn@gmail.com
Dra. em Ciências Sociais; profa. titular do Depto. de Enfermagem da
UFRN; pesquisadora do Observatório de RH em Saúde da UFRN

Ligiana Nascimento de Lucena | ligianalucena@gmail.com
Mestre em Saúde da Família; enfermeira da Estratégia Saúde da Família da
Secretaria Municipal de Recife/PE

Mary Anne de Souza A. França | maryanne_sa@hotmail.com
Doutoranda em Clínica Odontológica; cirurgiã-dentista da Secretaria
Municipal de Saúde de Goiânia/GO

Antônio Medeiros Junior | soriedem@gmail.com
Dr. em Ciências da Saúde; prof. do Depto. de Saúde Coletiva da UFRN

Este artigo é parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Ele trata sobre a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Recife (PE) em relação à preceptoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A preceptoria é considerada uma função complexa pela dupla responsabilização em relação ao cuidado aos pacientes e a supervisão dos discentes. Envolve uma ambiguidade entre o que por direito é idealizado e o que de fato pode ser realizado; possui aspectos conflituosos, desencadeados principalmente pelo baixo reconhecimento e valorização por parte dos gestores/gerentes e dos colegas de trabalho; apresenta uma rotina estressante pela sobrecarga de trabalho devido às demandas intrínsecas e extrínsecas (MARTENSSON et al., 2013).

A relevância do papel do preceptor na formação em saúde é incontestável. Os principais problemas identificados na preceptoria são a desvalorização e desmotivação do preceptor e a necessidade de capacitá-lo para habilidades de ensino-aprendizagem (BENTES et al., 2013).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) desafia permanentemente os gestores, os educadores e os profissionais de saúde a pensar e operacionalizar a formação, a qualificação, a valorização e a regulação de recursos humanos, pela via da

melhoria da qualidade da atenção à saúde e pela redução de indicadores de morbidade e mortalidade, a partir das necessidades e demandas da população. Para fazer valer esse dever constitucional, tornou-se prioridade a inserção de estudantes de graduação e pós-graduação dos cursos da área de saúde aos cenários de prática, articulando os mundos do ensino e do trabalho e ampliando a complexidade relacional entre educandos, educadores, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade (OLIVEIRA et al., 2014).

A palavra “preceptor” provém do latim *praecipio*, que nomina aquele que emite preceitos ou instruções. Designa o profissional, docente ou não, que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho (MILLS; FRANCIS; BONNER, 2005; CHAVES et al., 2014).

Por outro lado, o termo também é empregado, algumas vezes, para caracterizar o professor de pequenos grupos de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica. Neste sentido, o preceptor atua nos ambientes de trabalho e de formação com a missão de desenvolver habilidades e avaliar o profissional em formação, atendendo inclusive às necessidades e anseios destes, servindo de imagem-espelho (modelo), aconselhando, inspirando e influenciando o desenvolvimento pessoal e ético dos formandos menos experientes (SOARES et al., 2013).

O Ministério da Saúde definiu o preceptor como um profissional de saúde que tem a função de supervisão assistencial e docente, por área específica/especializada de atuação profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação ou pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização ou residência), que exerçam atividades de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, em aperfeiçoamento, especialização, graduação ou extensão (BRASIL, 2005).

Entre a diversidade de competências e habilidades requisitadas para o *script* da preceptoría, exige-se desse profissional uma pluralidade de funções exercidas no trânsito de sua atuação, fazendo as honras de supervisor (gerenciando atitudes e desempenho associado às metas propostas), tutor (facilitando o processo de ensino e aprendizagem) e mentor (atuando como conselheiro de ideias, ações, projetos e realizações). O modelo idealizado dessa vocação seria uma espécie de docente-clínico, um profissional atuante e exímio educador (BOTTI; REGO, 2008; CORREA et al., 2015).

Recentemente vem surgindo uma nova maneira de formar e capacitar os profissionais de saúde através do preceptor de território, que atua como um profissional que interage diretamente com os residentes nos territórios das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando suas competências relacionais e desenvoltura quanto ao uso contextualizado de ferramentas pedagógicas participativas, a exemplo da problematização e da Educação Popular em Saúde, para consolidar seu papel de educador na articulação entre ensino e serviço na construção do SUS. Vale ressaltar a grande contribuição da telessaúde neste sentido (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A intenção que se pretende, com o processo de trabalho da preceptoría de território, representa a perspectiva de conhecer e potencializar os aspectos singulares culturais de cada realidade vivenciada, os modos de sentir, de pensar e de fazer, a sistematização dos saberes diferentes e os sonhos e lutas cotidianas das pessoas que vivem, trabalham ou utilizam o sistema de saúde, sem perder de foco a lógica dos processos de produção e de gestão compartilhada (democrática) das ações de saúde (SALES; PAGANI, 2004; IZECKSOHN et al., 2017).

Compreende-se que as funções, intervenções e atributos do preceptor ainda não estão completamente definidos, até

mesmo em documentos oficiais, e uma melhor reflexão em relação a esses aspectos poderá contribuir para a implantação de estratégias capazes de estimular a regulamentação e valorização desse profissional importante (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

O preceptor participa da formação em saúde, integrando o mundo do trabalho com o mundo do ensino, sendo um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem. Ele necessita ter conhecimentos pedagógicos que vão além dos saberes sobre a prática ou sobre a clínica, para ser capaz de transformar a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem (RIBEIRO; PRADO, 2014).

Na realidade atual, os preceptores de graduação ou pós-graduação em exercício são, em geral, profissionais com especialização na área de saúde, formados no eixo do modelo biomédico e por via curricular tradicional e com pouca capacitação na área de educação. O ofício da preceptoría exige: conhecimento; sensibilidade; bom senso; criatividade; improvisação; adequação a realidades estruturais, culturais, organizacionais, políticas e econômicas e compreensão da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem a partir da prática e das especificidades que caracterizam o trabalho na saúde (AUTONOMO et al., 2015; ARAUJO et al., 2017).

O preceptor, geralmente, não está devidamente preparado para a função de preceptoría, nem tem apoio ou incentivo a contento. São profissionais contratados ou estatutários, lotados em unidades de saúde, que necessitam aprimorar habilidades para supervisionar a assistência aos usuários e, ao mesmo tempo, desenvolver uma aprendizagem significativa junto aos educandos. Muitas vezes é uma condição assumida diante do vínculo empregatício e não uma opção pessoal. Desta forma, ainda persiste uma carência de identidade e de alteridade

em relação ao seu perfil/papel quanto às atividades desempenhadas, bem como maiores esclarecimentos de seus direitos, deveres, e das diretrizes, normas e metas a serem alcançadas, que deveriam estar devidamente contempladas, não só de forma legalizada, mas também de forma efetiva. A precarização dos vínculos de trabalho na área de saúde, somada à remuneração insuficiente, contribui para a necessidade de atuação em mais de um emprego, colaborando, assim, para um menor comprometimento no desenvolvimento de suas atividades (BENTES et al., 2013).

O perfil de competência para o exercício da preceptoria está representado pela articulação de três áreas que delimitam o escopo de trabalho da atuação profissional: saúde (atenção e assistência); gestão (do trabalho e da educação na saúde); educação (formação profissional e produção de conhecimento na saúde). A construção da identidade do preceptor pressupõe a valorização da preceptoria e a definição de uma pluralidade de competências que possam articular um rol de capacidades necessárias ao exercício dessa importante função (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Na realidade brasileira, a preceptoria do ensino na saúde recentemente tem tido maior visibilidade, entretanto ainda passa por alguns problemas relacionados ao cotidiano do trabalho, à ausência de uma regulamentação consistente e à sua valorização pelos gestores locais e centrais (SOARES et al., 2013).

As limitações de reconhecimento perpassam seis eixos de dificuldades: *afetivo* (pouco compromisso, interesse e participação dos preceptores, individualismo, desestímulo); *gestão do trabalho* (pouca carga horária destinada à preceptoria, tempo escasso para discussão de casos, demanda assistencial elevada, acúmulo de funções, baixa remuneração, ausência de

regulamentação e falta de reconhecimento por parte das instituições); *processo de ensino-aprendizagem* (pouco conhecimento ou vivência em pedagogia e didática, baixa habilidade técnica, pouco incentivo destinado às atualizações e à educação continuada, falta de padronização de condutas/protocolos nas unidades de saúde); *organização da unidade ou serviço* (estrutura física inadequada, dificuldade de integração entre as especialidades e com os profissionais não preceptores); *dificuldades dos preceptores* (disponibilidade de tempo para conciliar a preceptoria com as outras atividades de trabalho, estudo, planejamento e avaliação; desinteresse com o serviço, dificuldades na comunicação entre os pares; relacionamento entre preceptores e residentes quanto à autoridade, aos limites e a adversidades) e *dificuldades dos residentes* (outros vínculos de emprego, plantões, flexibilidade de carga horária, exploração de mão de obra pelo serviço e a ausência de infraestrutura e suporte acadêmico) (SOARES et al., 2013; VIANA et al., 2013).

Com a aproximação do ensino com o serviço, a partir da implantação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS), foi se construindo a necessidade do profissional, que outrora apenas realizava ação assistencial, passasse a trabalhar também na formação de si, de outro trabalhador e de estudantes universitários. Entre os princípios orientadores da PNEPS, está a promoção da integração entre o ensino, o serviço e o trabalho, com o objetivo de promover mudanças nas relações entre estes campos. A preceptoria é indissociável da prática dos serviços e é construída, implícita ou explicitamente, a partir da mesma lógica que organiza esses serviços, transformando-os ou reproduzindo-os (RIBEIRO, 2012).

Portanto, esse profissional tem papel fundamental, pois fomenta a possibilidade de educação em serviço, a aproxima-

ção de estudantes com a realidade do mundo de trabalho e a orientação deles para um aprendizado dentro das prerrogativas da educação permanente e do SUS. Portanto, o preceptor é um personagem também responsável por formar profissionais reflexivos, a depender de suas concepções e práxis (AGUIAR NETA; ALVES, 2016; DIAS et al., 2017).

Nesta direção, questiona-se: como acontece a preceptoria na ESF em um grande centro urbano, segundo o olhar do preceptor? Para buscar resposta a esta pergunta, o presente estudo teve como objetivo analisar a experiência da preceptoria a partir da visão dos profissionais nos serviços de saúde da família.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

224

O estudo foi de caráter descritivo com abordagem qualitativa. O campo de estudo deste trabalho abrangeu vinte unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, que serviam como cenário para a execução da prática de aprendizagem em serviço, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de duas universidades que oferecem essa modalidade de pós-graduação.

A cidade do Recife é composta por seis regiões administrativas. Estas, na saúde, correspondem a cada um dos seis Distritos Sanitários (DS). A rede de saúde SUS é composta, principalmente, por: Unidades de Saúde da Família; Unidades Básicas de Saúde Tradicionais; Polos da Academia da Cidade; Centros de Atenção Psicossocial; Residências Terapêuticas; Unidades Especializadas; Farmácia da Família; Policlínicas com e sem Serviço de Pronto Atendimento (SPA); Centros de Especialidades Odontológicas; Albergues Terapêuticos e

de Hospitais Pediátricos e Maternidades com SPA e sem SPA. Essa rede apresenta dispositivos importantes como o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros. Esses equipamentos estão distribuídos por todo o território de saúde da cidade (RECIFE, 2012).

A Secretaria de Saúde de Recife estabeleceu alguns critérios para a inserção do estudante na atenção básica com o propósito de aperfeiçoar o processo de ensino e aprendizagem. Com o crescente incremento de cursos de pós-graduação em saúde em regime de residência, percebeu-se também a necessidade de se utilizar do critério de territorialização nos cenários de ensino prático desses profissionais (RECIFE, 2012). A territorialização funciona como um organizador do serviço, mas isso não impede a possibilidade de estudantes transitarem por outros distritos, caso haja necessidade, bastando, para isso, um acordo prévio junto à Diretoria Geral de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde.

Os participantes do estudo foram oito médicos, dezoito enfermeiros e sete dentistas, que exerciam a preceptoría em Residências Multiprofissionais em Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu no período de novembro e dezembro de 2013 por meio de uma entrevista semiestruturada, que continha questionamentos a respeito do seu papel como preceptor na residência multiprofissional em saúde da família e na atenção básica.

Após a leitura flutuante do material textual resultante das entrevistas, preparou-se o corpus de análise de acordo com os parâmetros técnicos de formatação próprios do software *Alceste*, ou seja, mediante a separação de cada uma das entrevistas com linhas de comando e códigos identificadores

de cada entrevistado e das variáveis delimitadas no estudo. Assim sendo, contabilizaram-se 33 UCI nesse *corpus*. Esse programa fez uma análise léxica das palavras desse conjunto de textos em quatro etapas processuais, agrupando as raízes semânticas, listando-as a partir de um dicionário de formas reduzidas, definindo-as por classes e considerando a função delas no texto. Ele fez cálculos que levaram à classificação das ocorrências a partir de uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) de palavras e foi obtido uma classificação definitiva.

Posteriormente, o *Alceste* produziu dendrogramas para a visualização das classes de palavras hierarquizadas anteriormente. Na quarta etapa, delimitou as principais características de cada classe de palavras e possibilitou uma classificação ascendente delas. As classes obtidas foram constituídas por um grupo de Unidades de Contextos Elementares (UCE) e organizadas segundo a classificação e distribuição dos vocábulos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A análise dos dados baseou-se da revisão de literatura acerca da preceptoria com foco na contextualização histórica, política e social dos sistemas de saúde, nas transformações do mundo do trabalho e na formação profissional em saúde em diferentes partes do mundo. Assim, observou-se atentamente a lista de palavras e UCE características de cada classe produzida pelo software, identificando as semelhanças e diferenças encontradas no percurso discursivo e atribuindo significados ao discurso manifesto na comunicação.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), recebendo parecer substanciado favorável de número 382.749.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *corpus* apresentou um total de 18045 ocorrências e 2314 palavras diferentes. Houve 384 palavras com possibilidade de análise, 175 delas constituíram instrumentos (artigos, pronomes) e 46 representaram variáveis. O texto gerado pelo software teve um aproveitamento de 94% do material processado.

Figura 1 - Dendograma e análise lexicográfica acerca da preceptoria. Dados da pesquisa. Recife, 2018

Classe 1 – Preceptoria: um caminho para integração ensino-serviço			Classe 3 – Potencialidades na prática de preceptoria			Classe 2 – Preceptoria na ESF = Troca de experiências, parceria e atualização em busca de conhecimento			Classe 4 – Produção x Formação: o preceptor no meio do fogo cruzado		
Palavra	X ²	F	Palavra	X ²	F	Palavra	X ²	F	Palavra	X ²	F
Chega	37	35	Motivo	37	15	Unidade	48	53	Conseguir	56	30
Universidade	34	23	Formar	31	102	Troca	46	60	Tempo	54	43
Maneira	21	9	Prática	24	37	Experiência	39	36	Paciente	33	18
Serviço	19	54	Pensar	21	16	Aspecto	39	27	Dar	32	24
Aluno	19	69	Gostar	18	25	Atualização	23	109	Complicado	27	9
Realidade	15	22	Atenção Básica	17	11	Novidade	21	19	Ficar	23	67
Área	14	17	Profissionais	16	72	Vem	20	20	Dizer	19	17
Estratégia saúde da família	14	26	Perfil	12	13	Conhecimento	20	42	Casos	16	8
Público	11	10	Dever	11	16	Trazer	20	34	Sala	16	10
			Acreditar	10	17	Negativo	19	28	Discutir	16	14
			Profissional	10	41	Positivo	18	30	Dificuldade	16	10
						Boa	16	25	Atenção	16	8
	84 UCE/18,79%			99 UCE/22,15%			149 UCE/33,33%			115 UCE/25,73%	
Eixo 2 – Desvendando caminhos para a integração ensino-serviço						Eixo 1 – Dificuldades no ensino na saúde					

A análise do *corpus* gerou uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) composta de quatro classes e suas possíveis relações de divergência e convergência entre si; a Figura 1 traz um resumo dessa análise. Primeiramente, o *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Depois, houve uma nova partição na qual um dos subgrupos foi dividido em mais dois subgrupos, resultando nas classes 1 e 3.

As dificuldades do ensino na saúde

No eixo 1, a classe 4, *produção x formação: o preceptor no meio do fogo cruzado*, retrata as relações conflituosas trazidas pelos preceptores no tocante à assistência e ao exercício de preceptoria, ações exercidas concomitantes nos serviços de saúde pesquisados. As palavras-classe destacam que o profissional coexiste com as expectativas de ofertar atendimento adequado ao usuário e, ao mesmo tempo, ter condições de oferecer uma orientação satisfatória ao seu aprendiz.

É possível inferir que a preceptoria é um dificultador para o alcance das ações assistenciais exigidas para os profissionais destes serviços, uma vez que a construção delas não leva em consideração a presença de um estudante junto ao profissional de saúde que atua como preceptor; o estudante, no serviço, aumenta o tempo de atendimento e de realização de procedimentos, isto é, algo que pode dificultar o alcance de metas que vise números de atendimento como questão principal avaliativa dos serviços prestados. As falas a seguir são exemplo que corroboram com essas interpretações.

A preceptoria acontece a partir de discussão. É atuação conjunta, mas isso requer tempo e nós trabalhamos na ESF, trabalhamos também com números e isso

nos deixa um pouco em conflito, porque, às vezes, não conseguimos dar a atenção que gostaríamos aos alunos (Informação verbal, entrevistado suj08).

Aqui eu tenho que atender, eu tenho que prescrever e o tempo fica muito apertado, ficamos sem dar a assistência ao aluno (Informação verbal, entrevistado suj14).

Observa-se a grande influência dos mecanismos de gestão do trabalho na forma de entender e realizar a preceptoria, aqui evidenciada como negativa, uma vez que não permite ao trabalhador exercer sua plenitude em nenhuma das ações.

A maneira de realizar a preceptoria está ligada diretamente às práticas de trabalho exercidas no cotidiano dos profissionais. Ao imergir nas falas transcritas, verifica-se a consonância do foco no tocante à sobrecarga de trabalho, tornando-se difícil atuar como preceptor. A tarefa de preceptoria exige um esforço desse profissional além do que lhe é permitido. A preceptoria, na perspectiva da produção *versus* formação, condiz com a realidade dos serviços de saúde – estes se encontram com uma demanda reprimida, estruturas físicas precárias, relações de trabalho ainda baseadas na verticalidade e avaliação de profissionais ainda embasadas no cumprimento de metas e números.

O SUS, vivenciado nas esferas reais dos trabalhadores, está muito distante do almejado nos tempos da Reforma Sanitária Brasileira. Feuerwerker (2005) lembra que a relação de disputas da saúde como direito (das maneiras de concebê-la e de construí-la) torna essas fragilidades mais arrebatadoras, uma vez que o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e a maneira de fazer políticas de saúde traduzem-se nas possibilidades de construção ou destruição no que se refere à legitimidade do SUS política e socialmente.

Quando o profissional de saúde traz a demanda do serviço e as questões de metas como dificultadores à prática de preceptoria, tem-se evidente a necessidade de perceber os processos de gestão de trabalho em uma conjuntura diferente da que é demandada por muitos gestores, usuários e profissionais. A saúde vem sendo consumida e utilizada como palanques de campanhas eleitorais e não como propostas reais de busca dela como direito (LOPES; BICUDO; ZANOLLI, 2017).

A preceptoria é trazida como causadora de conflitos aos profissionais, pois, embora reconheçam a importância desse momento para a formação, sentem-se impossibilitados de ofertar maiores oportunidade a esses estudantes, não por falta de competência ou vontade, mas por exigência de um processo de trabalho que requer do profissional a manutenção de padrões ou números para sua remuneração. Outro ponto evidenciado nessas falas é o não reconhecimento da função de preceptor por parte dos gestores como algo a mais no serviço, ele deve se adequar à possibilidade/destreza do profissional em conseguir executar as funções de assistência e de ensino concomitantemente.

A partir do dendrograma e das falas dos entrevistados, percebe-se que, para eles, o ambiente físico das unidades não permite que aconteça uma melhor integração teoria-prática, fato trazido como ponto negativo na realidade dos preceptores que participaram da pesquisa.

Nós temos pouco espaço físico, nós não temos salas suficientes, nós não temos onde nos reunir, nós não temos tempo, nós temos que dar conta de uma agenda, a instituição pela qual temos vínculo nos cobra o cumprimento de metas, nós gostaríamos de ter mais espaço físico, mais espaço de agenda mesmo para estarmos mais perto, para planejarmos melhor (Informação verbal, entrevistado suj04).

O mais difícil para mim é o espaço físico uma sala pequena para comportar uma estudante, uma residente e eu (Informação verbal, entrevistado suj18).

Em inquérito levantado por Trajman (2009), o espaço físico foi o ponto mais mencionado pelos entrevistados como sendo um dos principais dificultadores para a formação na atenção básica do Rio de Janeiro, estudo que corrobora com as questões levantadas pelos preceptores aqui discutidos.

A formação nos cenários reais de assistência à saúde ainda está muito distante de configurar-se uma real integração entre o ensino, o serviço e a comunidade. A busca desse ideário ainda enfrenta sérias dificuldades, e é urgente a discussão sobre a maneira de como se faz essa interação. Os serviços deveriam participar ativamente das construções das agendas e das propostas de ações tanto no âmbito da assistência, quanto no da formação (JESUS; RIBEIRO, 2012).

É aparente que a formação nos serviços da atenção básica se faz na busca de cumprir normas e regulamentações, porém ainda é concebida de forma pouco planejada, pois a inserção do aluno no cotidiano do serviço não considera as peculiaridades de cada realidade e traz à formação em saúde sérios riscos de manutenção de práticas e replicação do modelo vigente. Embora pensada para transformar a formação, a integração do ensino com o serviço pode não estar cumprindo seu papel, pois vivenciar uma prática sem refleti-la não levará a nenhum tipo de mudança.

A classe 2, *preceptoria na ESF: a troca de experiência, parceria e atualização em busca do conhecimento*, traz a preceptoria entendida positivamente na perspectiva de troca de experiência e atualização. Os profissionais da assistência e os acadêmicos compartilham de um acontecimento: o aluno vai para a

unidade com o intuito de somar a seu conhecimento teórico a experiência clínica na comunidade, recebendo auxílio do preceptor para isso.

Abaixo, encontram-se as UCE que evidenciam os pontos positivos advindos da prática de preceptoria:

Existem muitos aspectos positivos na preceptoria: a troca de conhecimento, o vínculo, a questão multiprofissional em prol de um objetivo comum (Informação verbal, entrevistado suj03).

A comunidade só tem a ganhar, eu não vejo aspectos negativos na preceptoria. Com uma equipe que tem uma Residência Multiprofissional, a comunidade só tem a ganhar, infelizmente não vejo aspectos negativos (Informação verbal, entrevistado suj09).

É estimulante em parte, porque você se sente, em relação à residência uma vontade de se atualizar, eles [os residentes] trazem algumas novidades (Informação verbal, entrevistado suj29).

Esses contextos podem permitir que o preceptor realize a preceptoria interligando-os. Aqui há a universidade como instituição que busca a construção do conhecimento e o trabalho como forma de construir ações sociais a partir do encontro do conhecimento científico ofertado e almejado por aquela com as conjunturas reais do mundo do trabalho. O que Barreto et al. (2011) defendem como construção social do conhecimento, local no qual retiram-se as bases para a reflexão que justifica a criação de mecanismos coletivos de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

O cenário de formação no serviço é o espaço onde acontece essa interação, essa parceria defendida pelos preceptores

como preceptoria. Muito embora ela possa ser encontrada na literatura como um ato de ensinar, os preceptores desta pesquisa não têm esse olhar acerca de seu papel. Primordialmente, a preceptoria é definida como parceria e troca entre o preceptor, o estudante, a universidade e a comunidade em busca do conhecimento.

A preceptoria representada como parceria, troca de experiência e atualização em busca de conhecimento talvez se dê pela controvérsia a respeito do papel desse ator encontrado na literatura científica. Botti e Rego (2008) afirmam que são muitas as funções percebidas e oferecidas para o preceptor e, em seu estudo, ao solicitar que os preceptores definissem sua função com apenas uma palavra, ficou evidente essa multiplicidade de concepções de papéis.

O preceptor atua como mentor, orientador, guia, pai, amigo e parceiro, porém, em seu estudo, Botti e Rego (2008) também verifica o entendimento de preceptor na função de professor, educador e facilitador – funções não evidenciadas no presente estudo. Primordialmente, os participantes deste estudo representam-se como parceiros do estudante, pois, através da troca de conhecimentos e experiências, constitui-se a prática de preceptoria. Nela há uma conotação de construção coletiva de conhecimento, bases da política de educação permanente.

As bases de integração ensino-serviço, na cidade do Recife, estão na educação através de uma relação dialógica, problematizadora e participativa. A proposta defendida pela secretaria municipal de saúde está embasada na premissa de que a formação para a área da saúde deve estar baseada na capacidade de acolher e cuidar das necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho (RECIFE, 2012).

Para a secretaria de gestão de pessoas da cidade do Recife, o preceptor é responsável por uma série de atribuições junto aos estudantes e instituição de formação, são elas: acolher e planejar a inserção do estudante no processo de trabalho da equipe; contextualizar a realidade e a necessidade do serviço diante dos objetivos do estágio; estimular a prática reflexiva na unidade de saúde (clínica, promoção e prevenção); estimular o estudante à condição de sujeito autônomo no processo de aprendizagem, desenvolvendo suas potencialidades; realizar discussão de caso; acompanhar frequência; orientar quanto à postura técnica; participar do processo de avaliação; comunicar ao DS intercorrências com o aluno e atuar nas atividades de planejamento para cada grupo de atividades e no acolhimento dos estudantes (RECIFE, 2012).

A preceptoria vem sendo construída e entendida dentro das premissas e das propostas de educação permanente em saúde; ela é pensada como parceria para a construção do saber e do fazer na saúde, na qual os pares têm valor semelhante, pois um ajuda o outro no caminho da aprendizagem.

Desvendando caminhos para a integração ensino-serviço

A preceptoria leva motivação para a prática assistencial dos preceptores, os profissionais gostam de estar presentes na instrução dos estudantes. Para manterem-se na preceptoria, eles contam com suas expectativas pessoais com a busca dos estudantes pelo entendimento das propostas do sistema de saúde, acreditando que isso possa trazer a melhoria das ações de saúde.

Uma maior interação entre as instituições de formação e os serviços de saúde certamente contribuirá para problemati-

zar os espaços de ensino e para identificar as necessidades de mudanças, tanto no mundo da universidade, quanto no dos serviços de saúde (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

No eixo 2, a Classe 3, *potencialidades na prática de preceptoría*, retrata posições tomadas pelos profissionais a respeito da preceptoría. As UCE a seguir mostram a preceptoría como a ação relevante e integrante no processo de trabalho do grupo, uma vez que ele reconhece a importância e a necessidade da formação dos profissionais condizente com as propostas do sistema de saúde. Por isso, é de extrema importância levar motivação e incentivo à prática diária do preceptor.

Você sabe que ajudou a pessoa em relação a sua vida profissional e, em relação especificamente à residência, eu me sinto gratificada, aqui na unidade, consideramos a residência algo de extrema importância e, assim, nos identificamos mais com a preceptoría dos residentes e dos graduandos (Informação verbal, entrevistado suj24).

235

A aproximação do ensino voltado para a realidade social e a compreensão da saúde como processo de cidadania necessitam do *envolvimento* dos componentes defendidos como quadrilátero da formação (BARRETO et al., 2011).

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/ educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre servi-

ços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 45).

A preceptoria na atenção primária parte da construção de conhecimento incentivado pela busca a respostas. A dúvida sobre a prática é sempre o ponto de partida para a aprendizagem e a sua resolução é sempre a partir da integração educando-usuário-preceptor em um processo criativo de reflexão e coprodução de saúde e sua compreensão (BARRETO et al., 2011).

O grupo percebeu que a preceptoria deve ser realizada por alguém que atue no serviço, por entender que seja essa a melhor pessoa para reconhecer as potencialidades e as dificuldades da rede de saúde em que os estudantes estão inseridos e, com isso, oportunizar momentos de aprendizagens.

Por isso, é importante o profissional ser preceptor, eu acho essencial o preceptor ser alguém do serviço (Informação verbal, entrevistado suj32).

A APS é um cenário de prática privilegiado para a formação, pois está intimamente inserida no contexto político-social. Nas comunidades, percebe-se a historicidade de cada aspecto da vida humana, desde o simples ato de alimentar-se, até as práticas cotidianas de saúde. O preceptor torna-se capaz de constatar a realidade e imprimir sentidos, contemplando, com isso, um dos papéis do SUS e das instituições de ensino. “As resoluções encontradas consideram a mais ampla gama de fatores presentes no complexo contexto comunitário” (BARRETO et al., 2011, p. 582).

O preceptor da APS tem por compromisso a articulação do trabalho morto com o trabalho vivo e, com essa conexão, dá margem ao ambiente de ensino e à produção de conhecimento.

Para isso, ele deve manter suas responsabilidades territoriais e epidemiológicas em conjunto com a preceptoria e a pesquisa e garantir a inserção adequada do educando nas responsabilidades do serviço, dando-lhe um caráter participativo e colaborativo, por meio de uma agenda de atividades compatíveis com seus objetivos de aprendizagem (BARRETO et al., 2011).

A proposta de integração ensino-serviço é defendida pela lei 8080, que dá origem ao SUS, e tem a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS. A preceptoria, com base em um processo de ensino-aprendizagem e que busca a reflexão a partir da realidade, tornou-se inerente às atividades do profissional da ESF.

A instrução na saúde há muito faz parte de discussões nas esferas institucionais. Ceccim (2008) defende que as primeiras considerações a respeito dela ocorreram com a avaliação Flexner nas escolas médicas americanas, o que trouxe um paradigma para ela no mundo, permeando o imaginário social a respeito dos modos de se fazer saúde até hoje.

No tocante a Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, a sua regulamentação traz para os preceptores noções institucionais em direção a um modelo de educação na saúde que acontece na busca da efetivação das diretrizes e princípios do SUS. Os eixos que norteiam as diretrizes das Residências Multiprofissionais e Profissional em Saúde apresentam como objetivos a formação de um profissional que esteja sensível aos contextos sociais e busca a concretização de uma política de educação que atue nas desigualdades sociais, com o intuito de permear e progredir nas conquistas das lutas políticas e sociais.

O preceptor entende que esta preceptoria vai muito além do ensino da clínica e/ou prática profissional, ele também se sente responsável por fazer o estudante perceber o sistema de

saúde nos moldes almejados pela Reforma Sanitária. Entretanto, como já mencionado, ainda é uma tarefa que não se concretiza.

A preceptoria acontece no serviço e é defendida como sendo valiosíssima para que esse aluno entenda as propostas de saúde com o foco na qualidade de vida e compreenda que a doença está intimamente relacionada às condições de vida da pessoa – o que se traduz na assimilação das premissas defendidas nos documentos oficiais das Instituições de Ensino Superior e das Residências Multiprofissionais em Saúde.

As mudanças na formação buscam a educação de profissionais de saúde capazes de aprender a aprender e isso engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidade (BRASIL, 2001). São exemplos, os destaques abaixo:

Quando ele chega, no início, ele terá a vivência, ele irá com os agentes de saúde, ele irá com o professor à comunidade, ele irá conhecer o dia a dia do serviço, para ele entender que a doença está muito ligada à qualidade de vida (Informação verbal, entrevistado suj33).

É valiosíssima e tem que acontecer, nós notamos que ele chega de uma maneira e sai de outra (Informação verbal, entrevistado suj29).

O ensino em saúde, no contexto real dos serviços, também permite aos estudantes a vivência das profundas desigualdades sociais da população brasileira. A ESF está inserida nas comunidades dos grandes centros urbanos, nas localidades

mais distantes, nos estados e cidades mais pobres do Brasil, contexto que pode permitir, aos futuros profissionais, o entendimento sobre a serventia da saúde (DIAS, 2017).

É perene, ainda, a busca das instituições formadoras em prol de uma menor rigidez. Quando se trata da formação em serviço, observa-se a necessidade de as universidades melhor conhecerem as reais condições dos serviços e da comunidade e, a partir disso, construir com outros participantes propostas de ensino-aprendizagem que se acomodem às necessidades sociais de saúde, e não o contrário, como ainda acontece. Isso pode ser mais bem explicitado na expressão retirada do *corpus* a seguir:

A nossa rotina de trabalho foge muito da estabelecida pela universidade, então eu me programei junto a esse aluno e fiz uma planilha para que nós pudéssemos trabalhar com maior harmonia. A princípio, o monitor não recebeu muito bem, porque achava que fugíamos da grade curricular. Na realidade, quando o aluno chegou ao serviço, eu fiz a minha própria grade curricular, porque da universidade ele traz uma grade que não é condizente com o nosso dia a dia (Informação verbal, entrevistado suj21).

Já existe um movimento por parte de algumas instituições em prol da busca de uma efetiva integração ensino-serviço, ofertando a aproximação do professor aos profissionais, comunidade e serviço, permitindo a intervenção deste mediante as necessidades de aprendizagem do aluno e o que o serviço oferece. Tudo isso acaba trazendo um equilíbrio para essa parceria.

Algumas universidades vinham com os professores – o que nos facilita muito, porque em alguns momentos,

pela nossa demanda de trabalho, não podemos ficar diretamente com o aluno [...] o professor via nossa dificuldade e ia “em cima” do que era prioridade para o aluno e para o serviço (Informação verbal, entrevista-do suj33).

A instrução dos profissionais de saúde é um projeto educativo que extrapola a educação para além de um domínio técnico-científico da profissão e estende-se aos aspectos estruturantes de relações e de práticas de todos os componentes de interesse e relevância social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; FERLA, 2008).

O ensino no serviço tem de considerar tanto as questões de aprendizagem, como o processo de trabalho dos profissionais. As unidades educativas têm que adentrar nos serviços e compreender a maneira como se fazem as ações de saúde *in loco*. Já os profissionais de saúde que atuam como preceptores têm que organizar seu processo de trabalho na perspectiva de incluir o estudante e de propor-lhe ações para uma educação condizente com as necessidades de aprendizagem dele, deve existir o sentimento de pertencimento de ambos os envolvidos no processo (OLIVEIRA et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma análise lexicográfica acerca da preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sob o olhar dos preceptores. Ele trouxe as principais temáticas mostradas nos sistemas de classes.

Observa-se que a classe 4 parte mostra sobrecarga de trabalho como dilema na participação do profissional na tarefa de preceptor, a perceber pelo jogo de palavras: conseguir, tempo, paciente, dar e complicado. Todavia, observa-se, também, que a preceptoria envolve ações de ensino-aprendizagem e que são percebidas através das palavras: dizer, explicar e discutir.

A classe 2 parte da preceptoria como troca de experiência, momento positivo que traz atualização teórica ao preceptor e evidencia o profissional, o acadêmico e a comunidade, tendo ganhos com a prática dessa atividade, estando a preceptoria estruturada em torno do conhecimento.

Já a classe 3 traz as fragilidades e potencialidades dessa prática e coloca o compromisso pessoal como o principal motivo da atuação enquanto preceptor nessa rede de formação/atenção, evidenciado pelas palavras: motivo, formação, gostar e profissionais.

Por fim, a classe 1 evidenciou a importância da preceptoria na possibilidade de efetivar a integração ensino-serviço. Verificamos isso ao observar as palavras: chega, universidade, fundamental, maneira, parceria, serviço e aluno; além de apontar possibilidades e desafios para qualificar a preceptoria.

O preceptor deve buscar incrementar a construção educativa desse estudante com conhecimentos técnico-científicos aliados à inserção social da prática profissional. Então, cabe a esse profissional, junto ao aluno, aprender a aprender, ser transformador das práticas em saúde e buscar a consonân-

cia com sua prática, na realidade vivenciada da sociedade que trabalha, sem alienações tecnicistas ou vislumbres utópicos.

Este trabalho pode contribuir para levantar maiores discussões acerca do papel e das funções do preceptor na cidade do Recife e as questões dos processos de trabalhos devem ser avaliadas no tocante à possibilidade de uma preceptoria mais efetiva.

AGUIAR NETA, A. ; ALVES, M. S. C. F. A comunidade como local de protagonismo na Integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.221-235, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0221.pdf>. Acesso em: 18 jul.2019.

ARAUJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, set. 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2017.v21n62/601-613/pt/>. Acesso em: 18 jul. 2019.

AUTONOMO, F. R. O. M. *et al.* A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, abr./jun. 2015. DOI: 10.1590/ 1981-52712015v39n2e02602014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200316. Acesso em: 18 jul. 2019.

BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, out./dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a19v35n4.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

BENTES, A. *et al.* Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! **Cadernos da ABEM: o preceptor por ele mesmo**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 32-39, out. 2013.

Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol09.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, jul./set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 215, p. 37, 9 nov. 2001. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/11/2001&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=160>. Acesso em: 7 ago. 2019.

244

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.111/GM, de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 129, p. 47, 7 jul. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/07/2005&jornal=1&pagina=47&totalArquivos=80>. Acesso em: 7 ago. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. DOI: 10.9788/TP2013.2-16. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2019.

CARVALHO, E. S. S.; FAGUNDES, N. C. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 98-105. abr./jun. 2008. Disponível

em: https://www.researchgate.net/publication/277735515_A_insercao_da_preceptororia_no_curso_de_graduacao_em_enfermagem. Acesso em: 7 ago. 2019.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista ciência e saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7691593-A-emergencia-da-educacao-e-ensino-da-saude-intersecoes-e-intersetorialidades.html>. Acesso em: 7 ago. 2019.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2019.

CHAVES, L. J. *et al.* A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.38, n. 4, p. 532-541, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/15.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

CORREA, G. T. *et al.* Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica. **Pro-posições**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 167-184, set./dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-7307201507808>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285904729_Uma_analise_critica_do_discurso_de_preceptores_em_processo_de_formacao_pedagogica. Acesso em: 18 jul. 2019.

DIAS, M. S. A. *et al.* A tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 683-693, jul./set. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711401. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0683.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* preceptoria em medicina de família e comunidade: desafios e realizações em uma atenção primária à saúde em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-746, mar. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017223.332372016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0737.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

LOPES, C. M. C.; BICUDO, A. M.; ZANOLLI, M. L. Qualificação como médico preceptor e a satisfação de seus clientes quanto à assistência recebida na UBS de origem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 145-151, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0145.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

MARTENSSON, G. *et al.* What are the structural conditions of importance to preceptors' performance? **Nurse education today**, v.33, n.5, p. 444-449, May, 2013.

MILLS, J.; FRANCIS, K.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for australian rural nurses. A review of the literature. **Rural remote health**; v.5, n.3, p. 410, 2005.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

OLIVEIRA, M. S. *et al.* **Educação na saúde para preceptores do SUS**: caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

OLIVEIRA, S. F. *et al.* Percepção sobre o Internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos Preceptores do Serviço na Atenção Básica: um estudo de caso. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0079.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, mai. 2012.

RECIFE. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na

Saúde. **Rede SUS-escola Recife**: manual de práticas de integração ensino serviço em saúde no município de Recife – PE. Recife: DGGTES-SMS, 2012. 57 p.

RIBEIRO, E. C. O. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. **BJHBS**: 50º Congresso: Avanço Tecnológico em Saúde e Educação, v. 11, (sup. 1), dez. 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/?handler=edicao&action=ver&id=61>. Acesso em: 7 ago. 2019.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n.1, p.161-165, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100161&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 ago. 2019.

SALES, I. C., PAGANI, R. A preceptoria de território na estratégia de saúde da família em Sobral/CE (desafios políticos, teóricos e metodológicos de uma experiência). **SANARE**, ano 5, n.1, p.41-46, jan./mar. 2004. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/121>. Acesso em: 7 ago. 2019.

SOARES, A. C. P. *et al.* A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. **Cadernos da ABEM**: o preceptor por ele mesmo, Rio de Janeiro, v. 9, p. 14-23, out. 2013. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol09.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

TRAJMAN, A. *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais

de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/04.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2019.

VIANA, A. M. *et al.* Como promover o reconhecimento da função de preceptor da residência médica? Como promover uma boa formação para os nossos residentes? Estratégias de enfrentamento – sínteses dos grupos aprendendo a ensinar e mosaico. **Cadernos da ABEM: o preceptor por ele mesmo**. Rio de Janeiro, v. 9, p. 24-31, out. 2013. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol09.pdf. Acesso em: 18 jul. 2019.

Itinerários do saber no contexto
potiguar: os caminhos percorridos
para qualificar trabalhadores de nível
médio/técnico da saúde

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima | limarrt@gmail.com

Bacharel em Saúde Coletiva; doutorando em Saúde Coletiva pelo Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN

A discussão sobre a formação dos trabalhadores da saúde no Brasil, dialogada com as necessidades da população e dos serviços de saúde, antecede o movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na década de 1970, por exemplo, Secretarias Estaduais de Saúde já dispunham de centros formadores de recursos humanos, atrelados à criação do Programa de Expansão de Cobertura (PEC) para as populações rurais. Esses centros formadores já buscavam qualificar o quadro de pessoal dos serviços de saúde com baixa escolarização, anterior à preocupação com o desenvolvimento profissional para o trabalho em saúde (BORGES et al., 2012).

Nos anos 1980, surgiram as Escolas Técnicas do SUS, impulsionadas pelo Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, comumente conhecido como Projeto Larga Escala, com o intuito de capacitar os recursos humanos de nível elementar e médio empregados nos estabelecimentos públicos de saúde e que não estavam devidamente qualificados para as suas funções (COSTA; CASTRO, 2018).

Essas instituições de ensino são diferenciadas por apresentarem, desde as suas primeiras unidades, características peculiares, tais como: eixo metodológico baseado na integração ensino-serviço; adequação do currículo ao contexto regional; utilização dos espaços de trabalho para ações pedagógicas; avaliação do desempenho dos alunos nos serviços de saúde com supervisão e acompanhamento pedagógico e docência

exercida por profissionais de nível superior atuantes nos serviços, qualificados pedagogicamente em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (LEITE; MOURÃO; ALMEIDA, 2018).

Atualmente, existem 41 Escolas Técnicas do SUS em todo o Brasil e juntas elas compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). A RET-SUS foi instituída pela Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000, atualizada pela Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009, e é coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (MEDEIROS, 2016).

Apesar da contribuição histórica dessas Escolas, estudos identificam a situação de fragilidade das mesmas, com destaque para dificuldades administrativas decorrentes de um modelo de gestão antiquado; alta dependência financeira do Governo Federal; falta de estrutura física adequada e de equipamentos tecnológicos e alta rotatividade de pessoal (BORGES et al., 2012; LEITE; MOURÃO; ALMEIDA, 2018; CORRÊA; SORDI, 2018). Desse modo, a falta de autonomia para a implementação dos recursos não contribui com a proposição de mudanças necessárias, pondo em vulnerabilidade também a qualificação dos trabalhadores do SUS.

Para dar suporte e visibilidade às Escolas Técnicas do SUS, em 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (CGATES); o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ) e a RET-SUS criaram o Projeto Itinerários do Saber. O mencionado Projeto visa desenvolver cursos para qualificar

os trabalhadores de nível médio e técnico do SUS através de cinco eixos temáticos: saúde mental, acolhimento em saúde, vigilância em saúde, segurança do paciente e outros/innovador.

Ressalta-se que o Projeto Itinerários do Saber é um desdobramento do Projeto Caminhos do Cuidado que foi desenvolvido em âmbito nacional de 2013 a 2015 pela SGTES/Ministério da Saúde, pelo ICICT/FIOCRUZ, pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e pela Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O Projeto Caminhos do Cuidado, na época, surgiu a partir de uma demanda do Ministério da Saúde para fortalecer o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase em crack, álcool e outras drogas, mediante a formação de trabalhadores de nível médio/técnico que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem (SANTOS; FERLA, 2017).

Nas oito regiões de saúde do Rio Grande do Norte, o Projeto Caminhos do Cuidado qualificou 6.259 trabalhadores de nível médio/técnico (NASCIMENTO et al., 2014), superando a meta inicial estabelecida, e, assim como aconteceu com o Projeto Itinerários do Saber, foi coordenado por integrantes da equipe da Escola Técnica do SUS estadual, o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza (CEFOPE). Segundo Medeiros (2016) e Costa (2018), o CEFOPE foi fundado em 03 de fevereiro de 1984 por meio do Decreto Estadual n.º 8.861 e autorizado a funcionar pelo Conselho Estadual de Educação do Estado do Rio Grande do Norte através da Portaria n.º 314, de 15 de maio de 1985.

Ainda segundo as autoras, o CEFOPE integra a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP)

e é uma das primeiras escolas de formação para os serviços públicos de saúde. Por isso, possui relevância e reconhecimento nacional pelo pioneirismo na área da educação profissional em saúde (COSTA, 2018; MEDEIROS, 2016). Portanto, diante do exposto, bem como do reconhecimento da importância das ações desenvolvidas pelas Escolas Técnicas do SUS para a qualificação profissional em saúde e, consecutivamente, para a qualificação da atenção à saúde, o presente capítulo tem o objetivo de relatar a experiência da realização do Projeto Itinerários do Saber no estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

SÍNTESE DA EXPERIÊNCIA: A TRAJETÓRIA POTIGUAR DO PROJETO ITINERÁRIOS DO SABER

254

Nesse tópico, as informações serão apresentadas numa linguagem dialógica com referenciais que darão suporte à descrição e compreensão da experiência. Entre abril e setembro de 2018, período em que o autor deste capítulo atuou como assessor acadêmico-pedagógico durante a primeira vigência do Projeto Itinerários do Saber, esse Projeto desenvolveu, no território do Rio Grande do Norte, o Curso de Formação em Saúde Mental, que qualificou 141 trabalhadores de nível médio/técnico do SUS para atuarem no cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Esses 141 trabalhadores estavam distribuídos em três regiões de saúde: 41 (29%), na 3ª região de saúde; 60 (43%), na 5ª região de saúde e 40 (28%), na 7ª região de saúde, como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do quantitativo de participantes do Projeto Itinerários do Saber por município e região de saúde. Rio Grande do Norte, 2018

Região de Saúde	Município	N.º de participantes
3ª	Macau	41
	Coronel Ezequiel	20
5ª	São Bento do Trairi	20
	Jaçanã	20
7ª	São Gonçalo do Amarante	40
Total		141

Fonte: Elaboração do autor a partir de dados da Coordenação Estadual do Projeto Itinerários do Saber

Sendo assim, a citada proposta de capacitação teve um alcance maior em municípios localizados no interior do estado, diferente das demais propostas ofertadas pelo CEFOPE, concentradas, em sua maioria, nos municípios da região metropolitana de Natal, capital do estado. De acordo com Costa (2018), a concentração de oferta de cursos em Natal e região metropolitana é justificada pelo fato dessa região geográfica possuir, dentro do estado do Rio Grande do Norte, o maior quantitativo de serviços públicos de saúde e, consecutivamente, demandar ao CEFOPE uma maior necessidade de qualificação para os trabalhadores de nível médio/técnico que neles atuam.

Cabe destacar que o CEFOPE está sediado em Natal, porém, as suas ações acontecem de forma descentralizada e regionalizada, na perspectiva de dialogar com trabalhadores de nível médio/técnico do SUS e expandir a qualificação desses recursos humanos de acordo com os problemas e especificidades de cada região de saúde. Entretanto, a formação de trabalhadores de nível médio/técnico da saúde à luz da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)

enfrenta desafios constantes e atuais. Dentre eles, está o desconhecimento e desvalorização da educação permanente em saúde por uma parcela significativa de gestores, sobretudo de gestores da saúde dos municípios interioranos e de pequeno porte.

A educação permanente em saúde objetiva, em linhas gerais, orientar o desenvolvimento profissional para transformar as práticas de saúde e o modo de organização do trabalho através do reconhecimento das necessidades locais e da educação no trabalho e para o trabalho, envolvendo instituições de ensino, gestores, trabalhadores e usuários (PEIXOTO et al., 2013).

Para instituir a educação permanente no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a PNEPS, por intermédio da Portaria nº 198. Três anos depois, em 2007, a Portaria nº 1.996, também do Ministério da Saúde, definiu diretrizes para a implementação da PNEPS nos estados e municípios brasileiros (FRANÇA et al., 2017).

Entretanto, as referidas diretrizes pouco vêm sendo cumpridas. Além do descaso por parte dos gestores do SUS, a falta de compreensão dos princípios pedagógicos da educação permanente por parte dos trabalhadores da saúde que atuam como docentes nas Escolas de Saúde, incluindo as Escolas Técnicas do SUS; bem como a alta rotatividade, ocasionada pelos vínculos precários de emprego para trabalhadores/estudantes e trabalhadores/docentes, impulsionando uma formação descontínua e fragmentada, são obstáculos que impedem o avanço da educação permanente em saúde (CARDOSO et al., 2017).

Dentre o quantitativo de trabalhadores do SUS qualificados pelo Projeto Itinerários do Saber no Rio Grande do Norte, a maioria de (40%) foi composta por agentes comunitários de saúde, seguida por técnicos de enfermagem (37%) e técni-

cos em saúde bucal (23%). Apesar da proposta de ampliação do público-alvo para trabalhadores da atenção secundária e terciária, a clientela da Formação em Saúde Mental foi semelhante à clientela do Projeto Caminhos do Cuidado, ou seja, os trabalhadores de nível médio/técnico da APS.

Starfield (2004) ressalta que a APS é um nível de atenção que constitui a base de qualquer sistema de saúde, abordando os problemas cotidianos da comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação à população. Ainda segundo a autora, a APS é capaz de organizar e racionalizar o uso de recursos, tanto básicos, como especializados, direcionados à promoção e melhoria da saúde.

No território brasileiro, a consolidação da APS teve início na década de 1990 com a descentralização do SUS. Ainda na década de 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), consequente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que fundado em 1991 com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da APS (MIRANDA et al., 2017).

Baseando-se nos princípios da promoção e da proteção à saúde, bem como da prevenção de agravos, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, o PSF tornou-se eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, passando a se chamar ESF, em 2006 (MIRANDA et al., 2017). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 21 de setembro de 2017 através da Portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, a ESF é o modelo prioritário para expansão e qualificação da APS (BRASIL, 2017). Ademais, é a principal porta de entrada do SUS e o principal meio de comunicação dos usuários com as redes de atenção à saúde.

O fortalecimento das redes de atenção, coordenadas pelas equipes da APS, é mais uma estratégia que vem sendo discu-

tida para fomentar mudanças nas práticas de atenção à saúde e garantir a integralidade do cuidado (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017; BELAS et al., 2017). A lógica das redes de atenção à saúde foi proposta, em 1920, na Inglaterra, a partir do Relatório Dawson; todavia, passou a ser mais conhecida, na década de 1990, com a implementação dos sistemas integrados de saúde (ARRUDA et al., 2015).

No Brasil, a constituição das redes de atenção à saúde é abordada desde a Reforma Sanitária e está prevista no arcabouço legal do SUS, quando a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que os serviços públicos de saúde devem estar articulados de modo regionalizado e hierarquizado, pautados na diretriz da descentralização (ARRUDA et al., 2015). Entretanto, somente em 2010, através da Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, é que são criadas as diretrizes para implementação das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS (ARRUDA et al., 2015).

Dentre as redes temáticas prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde, está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que objetiva propor a estruturação e fortalecimento de uma rede assistencial centrada na atenção comunitária e na reinserção social dos usuários. Ademais, a RAPS deve prezar pela utilização de serviços de saúde que substituam os hospitais psiquiátricos, pondo no centro da rede a APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (SANTOS; FERLA, 2017).

Para transformar esse modelo assistencial, bem como aproximar a APS da Política de Saúde Mental, algumas iniciativas foram tomadas pela gestão federal do SUS, incluindo a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Tal proposta educativa deve ser capaz de propiciar transformações cotidianas no ato do cuidar, produzindo competências e habilidades cada vez mais humanas e que não desassociem a clíni-

ca da gestão em saúde (PASSOS; CARVALHO, 2015). No que concerne à atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas, é preciso que os trabalhadores da saúde estejam qualificados para conseguir constituir e gerir uma rede de cuidados integral, reconhecendo as necessidades de cada indivíduo e garantindo os direitos à saúde estabelecidos pela Constituição Federal e pelo SUS (FROTA et al., 2018). Nesse sentido, surgiram os Projetos Caminhos do Cuidado e Itinerários do Saber.

Segundo Machado e Ximenes Neto (2018), apesar das transformações contemporâneas no trabalho em saúde, com destaque para o aumento da qualificação profissional, o contingente de trabalhadores de nível elementar, médio e técnico continua sendo alto no SUS, ocupando atualmente 889.630 postos de trabalho. Por esse motivo, é essencial fomentar e ampliar cada vez mais o acesso dessa parcela de trabalhadores às propostas de educação permanente em saúde, pois historicamente esse grupo teve uma formação profissional precária, baseada essencialmente em treinamentos rápidos e desenvolvidos por instituições privadas de ensino, resumindo-se em qualificações mecânicas e totalmente destoantes da realidade dos serviços de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2013).

No Brasil, a população é majoritariamente feminina. Outrossim, a população feminina é a que mais busca por serviços de saúde (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017), bem como constitui a maior parcela da força de trabalho em saúde, representando cerca de 70% (MACHADO; XIMENES NETO, 2018). Não sendo destoante da realidade nacional, as mulheres representaram 84% do quantitativo de trabalhadores participantes da Formação em Saúde Mental do Projeto Itinerários do Saber.

Para desenvolver o supracitado Projeto, foi preciso, primeiramente, divulgá-lo e buscar a adesão dos gestores e trabalha-

dores das Secretarias Municipais de Saúde. Nesse sentido, a parceria estabelecida com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte (COSEMS/RN) foi fundamental. Ademais, é relevante contar com uma equipe tutorial que tenha um perfil adequado às propostas pedagógicas e metodológicas do Curso. Portanto, foram selecionados 14 candidatos com base nos seguintes requisitos mínimos: ser trabalhador do SUS; ter nível superior de formação; ter, no mínimo, um ano de experiência na APS ou na saúde mental e ter sido tutor do Projeto Caminhos do Cuidado. Desses 14 candidatos selecionados, quatro atuaram como tutores, sendo uma sanitarista, um terapeuta ocupacional e duas assistentes sociais. Os tutores tiveram uma rica atuação no processo de formação e acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos alunos/trabalhadores no decorrer do Curso de Formação em Saúde Mental.

260

Por fim, cabe destacar que a Formação em Saúde Mental apoiada pelo Projeto Itinerários do Saber teve uma carga horária total de 60 horas, sendo 40 horas de atividades presenciais e 20 horas de atividades de dispersão, desenvolvidas no território de atuação dos alunos/trabalhadores. Além disso, o curso foi composto por três módulos temáticos: módulo 1 – Conhecendo o território, as redes de atenção, os conceitos, políticas e práticas de cuidado em saúde mental; módulo 2 – A caixa de ferramenta dos trabalhadores da saúde na APS e pelo módulo 3 – Reforma psiquiátrica, redução de danos e integralidade do cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de crack, álcool e outras drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou descrever a trajetória do Projeto Itinerários do Saber no Rio Grande do Norte. Assim, espera-se que o presente trabalho possa contribuir com a reflexão crítica e a discussão sobre novas possibilidades para a educação permanente dos trabalhadores de nível médio/técnico do SUS, sobretudo sem a alta dependência financeira do Governo Federal.

Em agosto de 2018, as atividades do Projeto Itinerários do Saber foram suspensas em todo território nacional, sendo retomadas em março de 2019. Essa suspensão gerou reflexos negativos para a continuidade da execução no Rio Grande do Norte, impedindo o prosseguimento da qualificação de outros trabalhadores a partir da Formação em Saúde Mental, bem como o desenvolvimento de outros eixos formativos (segurança do paciente e acolhimento em saúde), cujos planos de curso já estavam formulados.

O relato de experiência a partir da percepção de um ator que colaborou para a execução do Projeto pode ser uma limitação. Entretanto, novos estudos podem ser realizados por outros pesquisadores para compreender o olhar de demais atores (usuários, trabalhadores e gestores) sobre o impacto da proposta aqui apresentada no cotidiano do trabalho em saúde e da atenção aos usuários de crack, álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde.

Para garantir que a atenção à saúde seja um direito de todos e aconteça de forma integral, universal e com boa qualidade é preciso investir, acima de tudo, na qualificação da força de trabalho, pois o primeiro contato da população com os serviços do SUS se dá através dos trabalhadores.

ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00064. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314970061_ESTRATEGIAS_PARA_CONSOLIDACAO_DA_COORDENACAO_DO_CUIDADO_PELA_ATENCAO_BASICA. Acesso em: 12 nov. 2019.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100169. Acesso em: 12 nov. 2019.

BELAS, I. A. *et al.* Articulated Actions of the Family Health Strategy Teams and Their Centres of Support in the State of Piauí, Brazil. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 5, p. 1-8, 2017. DOI: 10.3823/2275. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313417193_Articulated_Actions_of_the_Family_Health_Strategy_Teams_and_their_Centres_of_Support_in_the_State_of_Piaui_Brazil. Acesso em: 12 nov. 2019.

BORGES, F. T. *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n4/977-987/pt/>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias.

Mudanças: *Psicologia da Saúde*, v. 24, n. 1, p. 67-72, jan./jun. 2017. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/7009>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2019.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, maio, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2019.

CORRÊA, A. K.; SORDI, M. R. L. Educação profissional técnica de nível médio no Sistema Único de Saúde e a política de formação de professores. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 2-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002100016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n1/0104-0707-tce-27-01-e2100016.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

COSTA, T. P. T. **O Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza e suas contribuições à educação profissional em saúde**. 2018. 127 f. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional) – Instituto

Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

COSTA, T. P. T.; CASTRO, J. L. A educação profissional em saúde no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza, de 1997 a 2015. **Revista Brasileira de Educação Profissional e Tecnológica**, v. 2, n. 15, p. 1-12, 2018. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/search?subject=Sa%C3%BAde>. Acesso em: 12 nov. 2019.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 dez. 2019.

264

FROTA, G. *et al.* Experiência de usuários acerca do uso de drogas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.7868. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7868/pdf>. Acesso em: 4 dez. 2019.

LEITE, I. C. M.; MOURÃO, L. C.; ALMEIDA, A. C. V. Formação pedagógica das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE** (online), v. 12, n. 3, p. 781-789, mar. 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i3a23561p781-789-2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23561>. Acesso em 4 dez. 2019.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6,

p. 1971-1980, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 dez. 2019.

MEDEIROS, F. A. B. **Integração ensino-serviço na formação de técnicos em análises clínicas realizada pela Escola Técnica do SUS/RN: um estudo sobre o estágio curricular a partir da visão dos sujeitos institucionais envolvidos.** 2016. 141 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. DOI: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18946>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18946>. Acesso em: 4 dez. 2019.

MIRANDA, G. M. D. *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 131-145, jan./abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00051.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2019.

NASCIMENTO, A. C. M. *et al.* **Relatório final do projeto Caminhos do Cuidado:** RN. Natal, RN, 2014. 16 p. Disponível em: <http://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/615>. Acesso em: 4 dez. 2019.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, abr./jun. 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01008>. Acesso em: 4 dez. 2019.

PEIXOTO, L. S. *et al.* Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enfermería Global**, v. 12, n. 9, p. 324-340, enero, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017. Acesso em: 4 dez. 2019.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 833-844, out./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0270>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400833&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 4 dez. 2019.

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

Estruturação do setor de desenvolvimento dos trabalhadores: uma experiência na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Edmundo Rinolino Magalhães Flores |

edmagalhaesf@gmail.com

Mestre em Saúde Pública; especialista em políticas e gestão em saúde na
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

O conceito de ensino em saúde se refere a mais do que a transmissão de conhecimentos, seja para formação, seja para capacitação dos profissionais de saúde. De fato, esse conceito trata de realidades observáveis no cotidiano do trabalho e, no contexto governamental do Estado contemporâneo, provoca o debate sobre a sua relação com a gestão do trabalho. Isso posto, este é um relato de uma experiência ocorrida na Diretoria de Desenvolvimento de Pessoas (DDP), da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), em 2017, a partir de um projeto de reestruturação da diretoria, e tem como propósito promover uma reflexão sobre a governança voltada para resultados em um setor responsável pelo desenvolvimento dos trabalhadores.

Nas últimas décadas, as alterações no mundo do trabalho tornaram-se mais acentuadas. A competitividade do mercado exige das organizações e dos trabalhadores adaptações constantes devido, principalmente, ao avanço da globalização e do desenvolvimento tecnológico, considerando-se a celeridade na transmissão de informações e a automação das tarefas e dos serviços (LACAZ et al., 2010; RODRIGUES; IMAI; FERREIRA, 2001). Ao mesmo tempo em que essas alterações têm favorecido à flexibilização, à informalidade e à precarização das condições de trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015), políticas de atenção ao trabalhador também têm sido fomentadas seja para preservação da força de trabalho seja para a garantia da promoção e da proteção à saúde do trabalhador (MARTINS et al., 2017).

Sob tais óticas, as alterações observadas no mundo do trabalho não são novidades em si, mas devem ser pensadas de forma singular em cada momento da história. A globalização, a exemplo, integrou a sociedade mundial e permitiu o acompanhamento das atividades em tempo real, abolindo fronteiras econômicas, internacionalizando o capital e unificando mercados, hábitos e comportamentos. De forma complementar, a Revolução Tecnológica permite importantes inovações em várias áreas simultaneamente (MARTINS; MARINI, 2010).

O Estado pós-moderno contemporâneo vive situações complexas que impõem desafios e perspectivas inusitados diante da necessidade de geração de bem-estar e de desenvolvimento à sociedade. Portanto, cabe ao Estado não fazer apenas gestão pública, mas elaborar uma administração voltada ao desenvolvimento que supere o desafio de modernização, por meio de uma gestão para resultados, em um processo contínuo e “inacabado” (MARTINS; MARINI, 2010).

Em resposta a essas transformações, o estado de Minas Gerais intensificou suas ações de gestão, de organização e de regulação da oferta de serviços e da gestão do trabalho, nas décadas de 2010/2020 (MINAS GERAIS, 2016), assumindo a característica, mesmo que tardia, do Estado contemporâneo observada em outros países e outras regiões do Brasil (MINAS GERAIS, 2016; MARTINS; MARINI, 2010). É possível observar essa iniciativa do estado na área da saúde, a partir de um dos seus eixos estratégicos, “Saúde e Proteção Social”, que tem como objetivos: articular atores e territórios para a consolidação das redes de saúde e do trabalho intersetorial, sendo fundamental a participação das instâncias de pactuação regionais e as Unidades Regionais de Saúde (URS) nesse processo; e valorizar os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)

que tenham a educação permanente como estratégia para qualificar a produção do cuidado (MINAS GERAIS, 2016).

Ao mesmo tempo, em virtude da crise financeira vivenciada por Minas Gerais, na década de 2010, diversas medidas foram executadas para conter gastos do Estado e retomar o crescimento da economia. Como consequência dessas medidas, na área da saúde, foi observado que o financiamento para ações educacionais foi bastante escasso quando comparado aos orçamentos de outros anos. É fato que não é possível adaptar e modernizar, devidamente, o Estado na conjuntura da redução de recursos, mas a responsabilidade deste com a saúde se mantém, de forma independente de sua situação econômica.

A crise financeira provoca um esforço maior ao governo de Minas Gerais que, por precisar manter os serviços prestados à sociedade, deve se reinventar a fim de oferecer seu serviço com eficiência e efetividade. Desse modo, entre as soluções possíveis para essa situação, o ensino em saúde pode se mostrar como uma estratégia potente na busca por melhores condições de trabalho e para a oferta de serviços que gerem segurança para os usuários do SUS (BRASIL, 2014).

Objetivos

Diante das necessidades observadas na SES/MG e, especificamente, na DDP, foi elaborado um projeto com o objetivo de sistematizar e de estruturar o setor responsável pelo desenvolvimento de ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG, de acordo com as suas potencialidades previstas legalmente.

Os objetivos específicos deste foram: descrever os fluxos de informações e os processos já existentes na DDP, referentes

às ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG; reestruturar a diretoria a fim de organizar os seus setores de acordo com a finalidade de cada um; mapear os processos necessários ao desenvolvimento de ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG, prevendo o planejamento, a execução, a avaliação e o monitoramento destas ações e propor alterações na legislação vigente que norteia as ações educacionais dentro da SES/MG, caso fosse observada essa necessidade durante a execução do projeto, já que as ações de ensino em saúde da DDP eram regulamentadas por documento com mais cinco anos de existência.

Metodologia

Inicialmente, foram levantados os processos já existentes na DDP referentes às ações de ensino em saúde com o auxílio da construção de uma cadeia de valores. Esta metodologia não era prevista nesse projeto, mas foi aproveitada oportunamente, tendo em vista que foi elaborada concomitante a ele. Sabe-se que a compreensão dos processos existentes proporciona maior poder de gestão, contando com indicadores de desempenho, com definição clara de atribuições e de responsabilidades, com uniformização do entendimento e dos métodos de trabalho (MINAS GERAIS, 2014), informações que já estavam contidas no relatório da cadeia de valores.

Tanto os processos de ensino em saúde que envolviam planejamentos de cunho mais estratégicos, quanto os de cunho mais operacionais foram descritos nessa primeira etapa. Para os primeiros, foi enfatizada uma visão mais holística, sistemática e de longo prazo, enquanto que, para os segundos, foi enfatizada a singularidade de cada tarefa, a curto prazo, na

descrição de cada um desses processos, conforme proposto por Chiavenato (2010).

Uma vez descritos os processos que envolviam as ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG, na DDP, em sequência, foi necessário analisar os existentes e avaliar se era possível manter a operacionalização de cada um, do modo como já eram operacionalizados, ou seja, avaliar se os processos existentes atendiam às reais necessidades e demandas do setor; identificar se a DDP teria infraestrutura logística e de material, bem como competência para envolver as demais superintendências da SES/MG e desenvolver novas estratégias, caso necessárias, para adequar ou elaborar o modelo de processos às futuras exigências da diretoria.

A respeito dessa organização e sistematização necessárias para a DDP, considerou-se os estudos de Martins e Marini (2010). Foi proposto à DDP a possibilidade de atender às demandas, aos interesses e às expectativas dos trabalhadores da SES/MG a partir de um modelo de gestão para resultados. Para tanto, o modelo que mais se adequou à realidade já existente e prevista legalmente para a DDP foi a metodologia de gestão de projetos – *Project Management Body of Knowledge*.

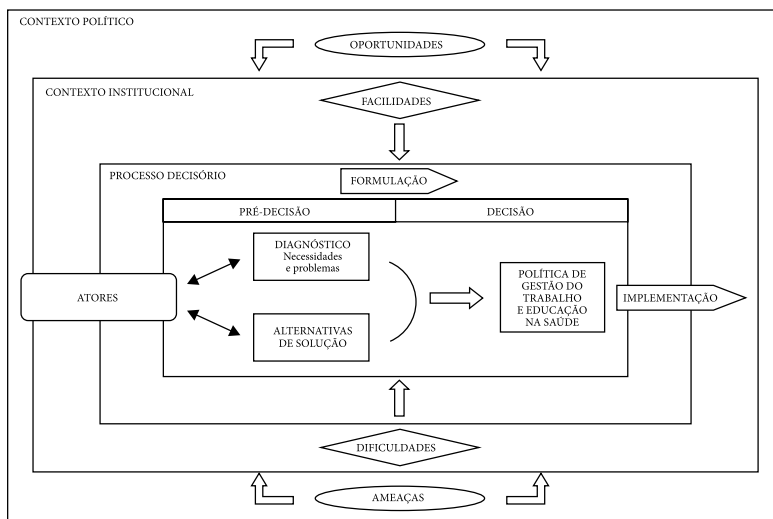
Independente da infraestrutura logística e material identificada ou do capital intelectual da coordenação de ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG, compreendia-se que a DDP não abordava todas as ações educacionais da SES/MG, e até mesmo desconheciam-se algumas atividades de grande importância realizadas. Então, foi necessário o desenvolvimento de um sistema de informação robusto e detalhado que organizasse as ações de ensino em saúde antes que elas fossem executadas. O referido sistema permitiria o desenvolvimento de ações com maior rigor, bem como o controle e o monitoramento dessas ações.

Para a seleção e para a análise das ações de ensino em saúde, esse projeto utilizou a proposta de Pinto e Teixeira (2011), que considera múltiplos aspectos na análise do processo decisório na implementação da política de gestão do trabalho e educação em saúde. Esse processo é orientado por três grandes categorias de análise: o contexto, os atores e o processo decisório (presentes logo adiante na Figura 1).

Conforme esse modelo, faz-se necessária a distinção entre os contextos políticos de governo e os institucionais, seguindo o fluxo de confluência das diretrizes governamentais. Também é necessária a distinção clara entre as competências dos responsáveis pela gestão do trabalho e pela educação e as das demais áreas da saúde, pois essas áreas seguem políticas, diretrizes e agenda próprias. O modelo também permite distinguir os atores que participam do processo, mas não pertencem à instituição, como universidades, sindicatos, usuários do sistema etc. (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

Quanto ao processo, esse modelo referencial permite uma análise anterior e durante a decisão, além da identificação de problemas e de propostas de solução. De forma semelhante, as propostas metodológicas de análise permitem a agregação de elementos que oportunizem ou que ameacem e que facilitem ou que dificultem as ações, do ponto de vista político e institucional (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

Figura 1 - Modelo teórico para a análise do processo de ações educacionais em saúde e dos projetos de ações educacionais



Por fim, foi planejada a ampla divulgação das ações de responsabilidade da DDP, permitindo aos trabalhadores e aos gestores da SES/MG o conhecimento sobre funções da coordenação de ações educacionais para os trabalhadores da SES/MG. Um material seria produzido para que esses trabalhadores fossem informados sobre as possibilidades de apoio às ações educacionais, bem como estimulados a procurar a DDP sempre que percebessem a necessidade de uma ação de ensino em saúde em seu setor.

Como parte desta etapa, a Resolução SES N° 1.929, de 1 de julho de 2009, que institui a Política de Desenvolvimento do Servidor Público em exercício na SES/MG, deveria ser revista e alterada, se necessário, dando garantias à DDP para o de-

envolvimento e para o controle e o monitoramento das ações educacionais realizadas na Secretaria.

Com base no fornecimento das informações à DDP, contendo as demandas dos trabalhadores e dos setores, seria possível mapear a Secretaria de acordo com as necessidades de ações educacionais, o público-alvo, o prazo para execução das ações, a relevância da ação, etc. Se fosse percebido que a demanda do setor solicitante não necessitaria de outro setor ou outra instituição, mas que poderia ser solucionada internamente, a DDP projetaria uma ação de ensino em saúde junto ao setor solicitante para atendimento e resolução daquela demanda.

Para os casos que necessitassem da participação de outros setores ou outras instituições e que fossem avaliados a partir do levantamento da necessidade de ensino em saúde, caberia à DDP o cruzamento das informações de forma a identificar se haveria algo já previsto dentro da Secretaria para executar aquela atividade educacional. Não havendo algo previsto dentro da Secretaria, a DDP se responsabilizaria pelo encaminhamento e pelo apoio da ação de ensino, que seria realizado por outra instituição que não a Secretaria, desde que a execução da ação fosse financeiramente viável.

Certamente, observa-se que a implementação de um modelo desse tipo para o levantamento de necessidades e para a análise e validação das ações de ensino em saúde, interna e prioritariamente independente de recursos externos segue a lógica da economia de escala, proposta no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, visando a maior produtividade, eficiência e qualidade e com melhor aproveitamento dos recursos e equipamentos (MALACHIAS et al., 2013).

A respeito das ações que fossem avaliadas como dependentes de recursos financeiros, poderiam ser organizadas se-

melhantemente aos blocos de financiamento. Para isso, uma vez que as ações de ensino seriam controladas e monitoradas em um único setor, seria viabilizada a elaboração de um instrumento de planejamento prévio de ações educacionais, tal como o Plano Anual de Desenvolvimento do Servidor, previsto na Resolução SES Nº 1.929/2009, que prevê uma agenda de ações de ensino em saúde na SES/MG, mas não estava em execução.

O CONTEXTO E AS NECESSIDADES DE TRANSFORMAÇÕES INTERNAS NA SES/MG

A SES/MG é composta pelo Gabinete do Secretário, por quatro assessorias e por cinco subsecretarias, a saber: Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, Subsecretaria de Regulação em Saúde, Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde e Subsecretaria de Gestão Regional (MINAS GERAIS, 2014). Todas as unidades apresentam desdobramentos, ao todo são onze superintendências e 39 diretorias (conforme apontado adiante na Figura 2).

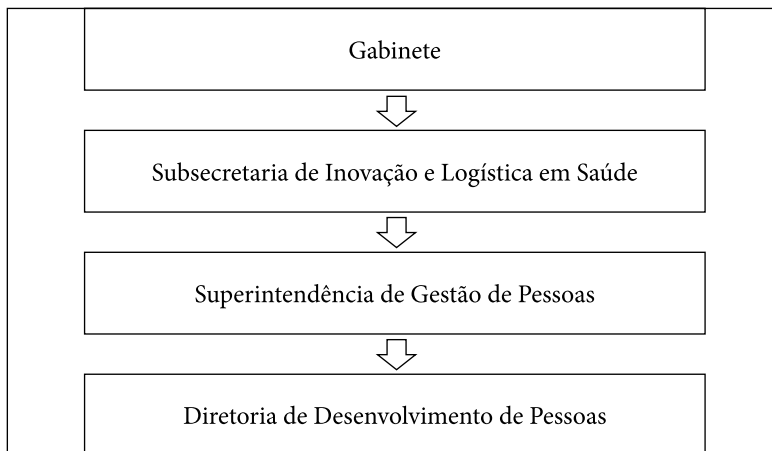
De acordo com o Decreto Estadual Nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a organização da SES/MG, compete à DDP propor, estabelecer e acompanhar políticas, diretrizes e ações voltadas ao desenvolvimento de pessoas, além de planejar, coordenar, desenvolver e apoiar projetos e ações educacionais dos servidores da SES/MG. Também consta no § 4º, do art. 1º, da Resolução SES Nº 1.929, de 1 de julho de 2009, que todas as ações educacionais desenvolvidas pela SES/MG devem ser assessoradas, acompanhadas, moni-

toradas e avaliadas pela Gerência de Ações Educacionais em Saúde – atual DDP (MINAS GERAIS, 2009).

Essa competência garante à DDP ter uma visão de quais ações de ensino foram realizadas ou planejadas na SES/MG. Porém, na prática, o que se observava, a partir de observações e de discussões internas da Diretoria, era que apenas os casos que necessitavam de liberação recursos humanos, financeiros ou materiais da secretaria eram informados à diretoria responsável pelo desenvolvimento de pessoal. Logo, era possível ter apenas uma visão genérica e limitada sobre os tipos e a quantidade de ações de ensino desenvolvidas pela SES/MG, da perspectiva de quem estava dentro da DDP.

No ensejo de exemplificar o problema observado, cabe ressaltar que os cursos, os quais não dependiam da liberação formal de recursos, eram organizados, em geral, diretamente entre a área demandante (subsecretaria, por exemplo) e a instituição que seria responsável pela execução da ação educacional, sem o conhecimento da DDP. E, ainda, percebeu-se que a avaliação que justificasse se a ação educacional tinha relevância para as áreas da saúde também era realizada dentro de cada área. Portanto, não havia um controle de todas as ações educacionais realizadas pela SES/MG e tampouco dos impactos dessas ações gerados no trabalho.

Figura 2 - Recorte do organograma da SES/MG



Fonte: Minas Gerais. Decreto Nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Atualizado pelo Decreto Nº 46.618, de 7 de outubro de 2014 (adaptado)

Internamente, na DDP, havia a necessidade de organização de responsabilidades entre os trabalhadores da diretoria e as funções de cada um. Isso, pois, ao mesmo tempo em que havia coordenações responsáveis pelas ações de ensino em saúde, não estava bem definida a responsabilidade de cada coordenação, especificamente, e não havia organização de todo o processo de planejamento, de execução, de avaliação e de monitoramento das ações de ensino. Essa falta de definição gerava, diversas vezes, a necessidade de decisões unilaterais da gestão.

Desse modo, estava evidente que, mesmo ao figurar como parte das competências da DDP, não era possível executar o devido acompanhamento das ações de ensino em saúde, dentro da SES/MG, seja pelo desconhecimento das demais áreas a respeito das competências da DDP, ou, até mesmo, pelo des-

conhecimento das potencialidades que essas ações têm, quando desenvolvidas de forma efetiva.

A duplicidade das ações de ensino em saúde, por exemplo, poderia ser evitada se houvesse um repositório ou, até mesmo, um banco de dados que registrasse quais as ações já haviam sido realizadas, quais estavam em desenvolvimento ou quais estavam previstas. Assim, uma vez que existisse um controle e um monitoramento deste tipo, seria possível a utilização de uma mesma atividade educacional para áreas diferentes, o reaproveitamento destas atividades em momentos diferentes e, conseqüentemente, o melhor aproveitamento dos recursos e das informações existentes, bem como redução dos custos materiais e financeiros destinados às atividades de ensino.

Por conseguinte, como resultado do desconhecimento das ações educacionais desenvolvidas pela SES/MG e a descentralização das informações referentes a essas ações, era possível que houvesse uma série de ações educacionais repetidas, subaproveitadas e pautadas meramente na qualificação por meio de cursos com objetivos pré-estabelecidos, metodologias fechadas e que ofereciam poucas vantagens para a realidade do setor demandante, características que diferem das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (MS) para o desenvolvimento de pessoal na área da saúde (BRASIL, 2007).

Por certo, ações de ensino em saúde que sigam as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde – voltadas para reflexões críticas das atividades na saúde e não apenas para a transmissão do conhecimento – e que sejam centralizadas (não exclusivas) em uma área – se fazem fundamentais para maior efetividade dessas ações (BRASIL, 2007). Para tanto, observou-se a necessidade de (re)estruturar alguns arranjos organizacionais, dentro da DDP, para que a diretoria, diante de suas potencialidades, ocupasse o lugar central das ações

educacionais para servidores da SES/MG. Em um momento de crise financeira, por exemplo, seria possível a otimização da qualificação com a redução dos custos para as ações de ensino em saúde se elas fossem planejadas de acordo com as necessidades prioritárias de cada setor, identificadas previamente ao planejamento, como estabelecido pelo MS, como alternativa à contratação aos mesmos cursos onerosos e limitados oferecidos regularmente (BRASIL, 2007).

O QUE DIZ A LITERATURA SOBRE O ENSINO EM SAÚDE

A aposta nos recursos humanos, dentro da organização do trabalho, configura um nó crítico do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde do país. A falta de trabalhadores de saúde qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e dos serviços configura-se como um dos grandes desafios para o SUS. Na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, por exemplo, foi possível perceber que investimentos prioritários em recursos humanos geram grandes resultados positivos em saúde. Para isso, no caso dessa secretaria, a equipe gestora assumiu compromissos de superação da precarização das relações de trabalho e de problemas relacionados à remuneração dos servidores; de organização dos serviços e atuação dos profissionais de saúde; e de responsabilização de todos, sejam gestores, sejam gerentes, sejam profissionais da saúde (PINTO; TEIXEIRA, 2011).

Chueiri et al. (2014) não pensam diferente. Para eles, o cenário atual da situação de saúde exige mudanças que visem a melhoria na oferta de serviços, de forma que atenda às reais necessidades da população. Assim, faz-se necessário: a qualificação da gestão dos serviços em saúde, com a discriminação

de ações e serviços de acordo com as necessidades da população; a garantia de financiamento adequado ao SUS; a integração da rede assistencial e adequação da formação profissional conforme a necessidade do sistema público de saúde.

Para Silva et al. (2009), a reestruturação das carreiras e da política remuneratória, o fortalecimento da política de ações de ensino, a implantação de programa de estágio e a eliminação de estoques de processos de recursos humanos, entre outras iniciativas, garantem um quadro de profissionais capacitados, comprometidos e motivados.

Em casos de sistemas organizados em redes, como o SUS, para que haja efetividade das ações planejadas para a melhoria da saúde da população, os resultados esperados, a gestão de pessoas, a estrutura organizacional e os processos operacionais do serviço devem estar alinhados. A revisão dos processos produtivos dentro da SES/MG, por meio do aumento da eficiência, da produtividade, da transparência e da organização dos fluxos existentes, garante benefícios concretos e diretos ao cidadão que utiliza o serviço público de saúde (SILVA et al., 2009).

Observa-se ainda, diante disso, que há um desafio que permeia a gestão de pessoas e que ressalta a importância das políticas de saúde e não apenas suas formulações. As mudanças na gestão são, geralmente, previstas e planejadas pelo gestor, quando ele assume sua responsabilidade e pactua a política para o tempo em que estiver à frente, na sua função de liderança. Porém, as dificuldades surgem tão logo o gestor assume seu compromisso, visto que os problemas detectados são de fácil visualização, mas o acompanhamento da política nem sempre é realizado e, quando o é, não se mostra como adequado, fazendo com que o plano não se transforme em ação concreta e os resultados esperados deixem de ser alcan-

çados (SILVA et al., 2009). Faz-se necessário, portanto, o alinhamento entre a gestão e o plano de ensino em saúde para os trabalhadores. Ressalta-se ainda que o mapeamento de processos evita que as decisões sejam tomadas unilateralmente e que haja contradições no seguimento dos fluxos de planejamento e de execução de ações educacionais.

Foi observado que, em 2017, apesar de existirem metas e indicadores para as ações de ensino previstas legalmente, essas ações realizadas eram, em geral, limitadas a cursos já elaborados e oferecidos por outras instituições sem seleção detalhada sobre o público-alvo e careciam de monitoramento. Antes mesmo, em 2016, foram realizados vários cursos técnicos ou profissionalizantes sem um controle de seu público, de como eles foram realizados ou de quais os impactos gerados no serviço. E, ainda, no supramencionado período, observou-se que houve ações de ensino em saúde realizadas de forma específica por cada setor, as quais não constaram nas metas formais da Secretaria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta de reestruturação da DDP foi acatada, no primeiro semestre de 2017, e especificado um setor para ficar responsável pelas ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG. Esse setor não precisou ser formalizado oficialmente, já que não faria parte da estrutura orgânica da Secretaria, mas as práticas dentro da diretoria foram organizadas conforme essa divisão. O referido setor teve por finalidade planejar, executar, avaliar e monitorar ou apoiar projetos e programas de ensino em saúde para os profissionais da SES/MG, contribuindo à implantação e à implementação de políticas e de programas de saúde pública.

As atividades atuais desse setor, identificadas a partir da revisão dos processos existentes na DDP e detalhadas mais adiante, são: acolhimento dos profissionais da SES/MG; realização do treinamento introdutório oferecido aos servidores ingressos na SES/MG; avaliação de solicitações e autorização de afastamento do servidor para a participação de ações educacionais formais e não formais, quando necessitassem de custeio, e a promoção e o desenvolvimento de ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG. Por meio da descrição das atividades realizadas, foi possível propor melhorias a partir do mapeamento dos processos previsto na terceira etapa de execução deste projeto.

O acolhimento era realizado a todos os trabalhadores e estagiários da SES/MG como uma forma de recepção desses profissionais na Secretaria. Após a análise dos procedimentos adotados para a realização do acolhimento, percebeu-se dois subprocessos nessa atividade: solicitações operacionais de acessos a meios de comunicação e ao local de trabalho para os profissionais ingressos e um encontro para uma breve apresentação do local de trabalho e da Secretaria. Essa divisão foi percebida como parcialmente incoerente às competências da DDP, durante a análise dos processos já existentes e, posteriormente, durante a produção da cadeia de valores da SGP. Como solução, a atividade mais operacional foi transmitida para outro setor da SGP, enquanto que as informações sobre a Secretaria foram acrescentadas ao treinamento introdutório.

O treinamento introdutório, que antes da execução desse projeto era realizado esporadicamente, pois aguardava a chegada de um grande contingente de servidores na Secretaria, foi planejado para ser executado mensalmente. Além disso, tornou-se obrigatório para todos os trabalhadores da SES/MG, independente do seu vínculo empregatício com o órgão.

O conteúdo e o formato do treinamento introdutório obedeceram às diretrizes da Secretaria de Planejamento de Minas Gerais com a adição de conteúdos pertinentes ao SUS e, especificamente, à SES/MG. Para isso, foi solicitado às áreas da Secretaria que elaborassem, de acordo com o tema e a afinidade com ele, capítulos para compor o material. Assim, foram produzidos materiais mais genéricos ao serviço público, como noções de ética, de correições administrativas, carreiras, etc. e outros mais específicos das áreas da SES/MG (subsecretarias, superintendências e diretorias). Por fim, este material foi disponibilizado em uma plataforma virtual de aprendizagem, disponibilizado para todos os profissionais da SES/MG e divulgado para todos os profissionais ingressos na Secretaria.

Após a conclusão do treinamento introdutório, foi sugerido ainda um programa de tutoria para que os resultados previstos no treinamento introdutório fossem potencializados quando o trabalhador fosse inserido diretamente em seu local de trabalho. Essa sugestão coube para apreciação e análise da DDP e da SGP.

As análises para autorização de afastamento dos servidores para a realização de cursos formais e não formais, bem como a análise de custeio para a participação dessas ações, foram mapeadas e propostas de melhorias foram implementadas, como a reformulação de formulários e de base de dados. Além disso, foram elaborados instrumentos de avaliação e de monitoramento, posteriores à participação dos servidores nessas ações, os quais seriam considerados individualmente em cada ação. Esses instrumentos foram produzidos a partir das primeiras experiências do novo setor responsável pelas ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG, uma vez que não existiam, em primeiro momento, instrumentos desse tipo na DDP.

O processo de promoção e de desenvolvimento de ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG foi mapeado, uniformizado e pôde ser experimentado em alguns momentos. Ao todo, até o primeiro semestre de 2017, foram produzidos cinco cursos e um material de apoio informacional. Essas ações foram pautadas, fundamentalmente, no levantamento das necessidades observadas no serviço, na análise da realidade do local de trabalho e objetivaram a melhoria do serviço a partir do olhar do setor específico. Esperava-se um volume consideravelmente maior de ações desse tipo, caso a legislação que regulamentava as ações de ensino em saúde na SES/MG fosse reformulada e amplamente divulgada.

Ressalta-se que as propostas de melhorias na DDP, após a implantação desse projeto, foram encaminhadas aos setores hierarquicamente superiores para análise e aprovação, mas não foram acatadas e aprovadas, até o ano de 2018, sendo mantidas apenas as melhorias previstas nesse projeto.

Como impacto das propostas desse projeto de intervenção, além do previsto, puderam ser observadas algumas modificações dentro da diretoria. Dessas modificações, destacam-se: a maior clareza na definição de papéis e funções, sobretudo no setor criado para o desenvolvimento das ações de ensino em saúde para a SES/MG; maior compreensão a respeito das atividades executadas pelos profissionais da diretoria; melhoria da comunicação interna; aumento da integração entre a equipe e maior agilidade na execução dos procedimentos.

Das modificações observadas e não previstas nessa proposta de intervenção, a maior clareza na definição de papéis e de funções, a maior compreensão das atividades e a melhoria da comunicação interna foram percebidas pela equipe, durante e após as entrevistas e as reuniões realizadas para o levantamento das atividades existentes antes da intervenção

proposta. A maior agilidade na execução dos procedimentos também foi identificada pela equipe, mas apenas durante a execução das demais fases.

Outras ações ainda foram necessárias para a execução e não estiveram presentes na fase de planejamento, tais como reuniões semanais entre os integrantes da equipe para exposição das atividades realizadas e discussão das relações e dos processos existentes, além da exposição e discussão de temas relacionados à área de ensino em saúde, para fins de qualificação da equipe. Essas reuniões foram realizadas continuamente, mesmo quando não havia a necessidade imediata de organização da equipe ou dos processos das ações de ensino em saúde, mas apenas como uma forma de análise crítica das atividades desenvolvidas.

A nova proposta de coordenação teve embasamento na política de Educação Permanente em Saúde, considerando tanto as ações de educação formal quanto a informal. Objetivou-se garantir que as ações de ensino em saúde impactassem positivamente nas atividades e no desenvolvimento profissional dos trabalhadores da SES/MG, conforme as demandas de cada setor, especificamente, e as condições para a execução dessas ações de ensino. Sendo assim, o setor criado para o desenvolvimento das ações de ensino em saúde se propôs a manter o diálogo entre gestão do trabalho e educação em saúde, garantindo que as ações de ensino fossem voltadas para a transformação das realidades laborais, conforme as ideias defendidas por Ceccim e Feuerwerker (2004) e Paim e Nunes (1992).

Além dessas ideias para a promoção e para o desenvolvimento das ações de ensino aos trabalhadores da SES/MG, a afirmação da DDP como lugar de referência às ações de ensino favoreceu também ao estímulo para as ações de iniciativas

de cada trabalhador ou de cada setor. Isso foi possível, uma vez que DDP passou a ter um banco de dados contendo as principais demandas das demais áreas da SES/MG, a partir do qual a diretoria pôde avaliar se uma ação de ensino foi adequada ou se outra ação era mais interessante para melhorar o serviço.

Por meio das ações de avaliação, os trabalhadores da SES/MG puderam refletir, com mais facilidade, os impactos das ações de ensino em saúde dentro do seu ambiente de trabalho. Tais ações são fundamentais, pois, diversas vezes, o servidor se vê limitado às instruções normativas fechadas de um curso quando este tem diretrizes próprias e o objetivo de apenas repassar um conhecimento que, por vezes, não é, necessariamente, o mais indicado para aquele trabalhador. Já o reconhecimento da ação educacional, que esteja de acordo com a realidade laboral do trabalhador da SES/MG, pode provocar no trabalhador um maior protagonismo em suas atividades, melhoria compreensão do seu processo de trabalho, uma visão crítica desses processos e, conseqüentemente, alteração das práticas profissionais e da organização do seu setor (BRASIL, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ressaltar que uma série de dificuldades e de agravantes são observados cotidianamente no serviço público de saúde. Além dos indicadores de saúde da população, outros fatores, como, por exemplo, a necessidade de organização interna e de qualificação do trabalhador, priorizam as atenções das políticas públicas para a saúde. Essas políticas têm alavancado diversas propostas de qualificação dos profissionais para trabalharem tanto na área meio, quanto na área finalística da atenção à saúde.

Contudo, apenas a qualificação em si não é suficiente. Modelos pautados apenas na liberação do trabalhador para a participação em ações de ensino, sem uma avaliação devida a respeito da pertinência dessa ação para a Secretaria, pode se mostrar uma saída ineficiente à necessidade de melhoria na área. Sob esse viés, a proposta de organização de um setor responsável, especificamente, pelas ações de ensino em saúde vem exatamente para aprimorar o desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde e impactar ainda mais positivamente na qualidade do serviço prestado.

Essa experiência – vivenciada em 2017, na DDP – objetivou a implementação de uma proposta de estruturação e de sistematização das ações de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG por meio da gestão de processos voltada para resultados. Para isso, o conhecimento e as experiências dos trabalhadores da própria SES/MG foram priorizados como fonte para a multiplicação do conhecimento e para a melhoria dos processos de trabalho.

Por meio desse projeto, foi possível perceber uma realidade, na SES/MG, distante do desejável, mesmo com a existência de políticas propostas pelo MS ou vivenciada em outros

locais. Ainda assim, foi reconhecido um grande avanço por parte da diretoria responsável pelo desenvolvimento dos servidores da SES/MG apenas pela reorganização desse setor. A especificação de um setor responsável pelas ações de ensino permitiu maior concentração dos esforços para o desenvolvimento dos trabalhadores da SES/MG.

Desse modo, a partir da especificação da finalidade de um novo setor, houve maior clareza para o mapeamento dos processos e para a elaboração de propostas de melhorias, como a elaboração de um treinamento introdutório para os trabalhadores e como o desenvolvimento de ações de ensino em maior quantidade.

Além de ganhos operacionais, houve ganhos estratégicos e táticos como consequência das intervenções propostas nesse trabalho. A equipe responsável pelas ações de ensino pôde reconhecer sua realidade de trabalho com maior clareza, pois passaram a reconhecer as suas atividades dentro de um macroprocesso ou de uma política de saúde. Esse reconhecimento foi possível pela integração entre a equipe para a discussão e proposição da reestruturação da DDP.

Há, certamente, potenciais melhorias que podem ser pensadas a partir dos resultados obtidos por este trabalho. Ainda que algumas destas não tenham sido acatadas pela gestão, elas podem ser novamente apresentadas em momento oportuno ou outras podem ser previstas a partir do monitoramento das atividades do setor responsável pelas ações de ensino em saúde da SES/MG. Isso torna a avaliação e o monitoramento das atividades de ensino em saúde para os trabalhadores da SES/MG atividades fundamentais para a DDP.

Portanto, recomenda-se que o desenvolvimento dos servidores seja um processo infundável e que as políticas e os programas de desenvolvimento estejam sempre absorvendo

novas tecnologias para adaptarem-se às reais necessidades do sistema público de saúde. A revisão do sistema de desenvolvimento profissional dos trabalhadores deve se iniciar na própria área responsável pela qualificação para que ela possa propor e executar com maestria suas competências, propondo soluções para as demandas de outras áreas.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0407.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/08/2007&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=160>. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 120 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHUEIRI, P. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção primária à saúde. **Saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p.114-24, out. 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11 jun. 2019.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/05.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

MALACHIAS, I. *et al.* **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

292

MARTINS, H. F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília: Publix, 2010.

MARTINS, M. I. C. *et al.* A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1429-1440, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33542016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1429.pdf>. Acesso em 11 jun. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI 2016-2027**. Belo Horizonte: SEPLAG, 2016. v. 1, 105 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Diretoria Central de Políticas de Otimização de Processos. **Guia**

para melhoria de processos no governo de Minas Gerais. [Belo Horizonte: SEPLAG, 2014]. Caderno I. Versão 2.0. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Decreto%2045.812_2011%20-%20dispoe%20sobre%20a%20organizacao%20da%20SES.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Decreto nº 46.618, de 7 de outubro de 2014.**

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria Jurídica. **Resolução SES nº 1929, de 1 de julho de 2009.** Institui a Política de Desenvolvimento do Servidor Público em exercício na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1929.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 262-269, jul./set. 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a06.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n9/1777-1788/pt>. Acesso em: 11 jun. 2019.

RODRIGUES, R. R. J.; IMAI, R. Y.; FERREIRA, W. F. Um espaço para o desenvolvimento interpessoal no trabalho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 123-127, jul./dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2 a17.pdf>. Acesso em 11 jun. 2019.

SILVA, J. A. S. et al. Planejamento, pessoas, processos e informações. In: MARQUES, A. J. S. (org.). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. Cap. 12, p. 233-260.

A educação permanente em saúde sob a ótica de profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência

Aline Silva de Oliveira | aline1989silva@gmail.com
Mestre em Saúde Coletiva; dentista da Estratégia Saúde da Família de São Gonçalo do Amarante/RN

Maísa Paulino Rodrigues | maisarodrigues13@gmail.com
Dra. em Ciências da Saúde; profa. do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/UFRN

Ricardo Henrique Vieira de Melo | ricardohvm@hotmail.com
Mestre em Saúde da Família; dentista da Estratégia Saúde da Família de Natal/RN

Amanda Paulino de Oliveira | amandapaulino@hotmail.com
Mestre em Saúde da Família; enf. da Secretaria Mun. de Saúde de Natal/RN

João Bosco Filho | boscofilho38@gmail.com
Dr. em Educação; prof. do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/UFRN

Antônio Medeiros Júnior | soriedemjunior@gmail.com
Dr. em Ciências da Saúde; prof. do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/UFRN

Este capítulo contém parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e trata sobre a concepção dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Natal/RN, em relação à Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS vem sendo discutida desde que a Organização Pan-Americana da Saúde a considerou importante para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde. No Brasil, esse conceito torna-se evidente e com a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004. Desde então, poucos estudos têm sido realizados sobre o tema, especialmente nos serviços de urgência e emergência. A formação dos profissionais da área de saúde ainda é um dos nós críticos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista o seu forte vínculo com o modelo de saúde hegemônico, considerado hospitalocêntrico (FRANÇA et al., 2017).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da democracia brasileira, especialmente no que se refere aos direitos sociais. A partir daí, foi instituído, no caso da saúde, um marco legal que apresentava o arcabouço institucional do sistema de saúde brasileiro, com seus princípios e diretrizes, que seria construído a partir de então. Na busca de um estado de bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentraliza-

do. Transformava-se, então, profundamente a organização da saúde pública no Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Assim, o SUS, pela relevância e complexidade que apresenta, constitui-se em lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem. Sob essa ótica, identifica-se a necessidade em se adequar o ensino profissional na expectativa de que o perfil do trabalhador seja consonante com a integralidade do cuidado, por meio da reestruturação de seus conhecimentos a partir da concepção pedagógica da EPS (MICCAS; BATISTA, 2014).

A EPS apresenta uma concepção pedagógica pautada na análise do cotidiano do trabalho, que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no dia a dia dos serviços. Nesse sentido, os profissionais da saúde, atores nos processos do trabalho no âmbito do SUS, necessitam tecer, constantemente, reflexões sobre suas práticas, avaliá-las nas perspectivas individuais e coletivas, avançando no conhecimento e na direção de uma maior qualificação das ações e serviços desenvolvidos para atender os usuários (NICOLETTO et al., 2013).

Celedônio et al. (2012) destacam que o cenário das políticas públicas de saúde não pode ser discutido sem a temática dos recursos humanos, tendo em vista que essa representa um tema instigante pelos questionamentos que suscita e pelas adequações necessárias para a consolidação do SUS. Nessa perspectiva, o Brasil implantou a PNEPS, em fevereiro de 2004, através da Portaria GM n.º 198/2004, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área, propondo mudanças nas suas práticas de educação, de modo que os próprios trabalhadores, em seu coletivo local, possam contribuir e conquistar a capacidade de se assumirem enquanto coautores do processo de formação, ao mesmo tem-

po em que criam novos modos de produzir saúde, sua gestão e instituições de saúde (PINTO et al., 2010).

Vislumbra-se que a EPS é salutar em todos os seus níveis de atenção, especialmente nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), à medida que neste se sobressaem a complexidade e diversidade de ocorrências atendidas diariamente. Destaca-se que, nos cursos de graduação da área de saúde, os conteúdos relativos à urgência e emergência são abordados de forma insuficiente para uma atuação profissional mais qualificada nesta modalidade de serviço. Assim, é imprescindível que esses trabalhadores possam ser capacitados por meio de um processo de formação educacional, visando à qualidade dos serviços prestados à população. Por conseguinte, a EPS apresenta-se enquanto possibilidade concreta para a qualificação desses profissionais à medida que considera os problemas vivenciados no dia a dia de trabalho, ou seja, a realidade local possibilitando ao trabalhador refletir sobre o processo vivenciado, promovendo a ressignificação de suas práticas (FRANÇA et al., 2017).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência teve sua implantação iniciada em 2003 e representa a vertente de atendimento pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. O propósito geral dessa estratégia é melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas no país, compreendendo atendimentos nas áreas clínica, pediátrica, cirúrgica, traumática, gineco-obstétrica e de saúde mental (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

A partir da instituição da Rede de Atenção às Urgências, amplia-se o conceito de saúde exigindo a participação multiprofissional no atendimento. A urgência é caracterizada por uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem

risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência imediata. Por outro lado, a emergência é a constatação de risco iminente de morte ou sofrimento intenso, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras. Os departamentos de emergência são, portanto, locais que necessitam dar respostas rápidas, devendo ter uma equipe qualificada, que tenha facilidade de comunicação e capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar cuidados de maior complexidade técnica a pacientes graves (SILVA et al., 2014).

Sendo assim, à luz da EPS e da Política Nacional de Atenção às Urgências, salienta-se a importância de recursos humanos qualificados para ofertar atenção e assistência aos usuários. Nessa direção, este estudo, ao considerar relevante a aprendizagem significativa, buscou conhecer como tal educação transita nas mentes dos profissionais e como é ofertada a EPS por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU de Natal, no Rio Grande do Norte. Os objetivos da investigação foram: conhecer os processos de educação para o trabalho existente sob o ponto de vista dos profissionais desse serviço; compreendendo suas concepções sobre o conceito de EPS; identificar as facilidades e dificuldades para a efetivação da EPS e apreender a percepção dos participantes da pesquisa sobre os processos educativos ofertados pelo NEP.

PASSEANDO PELA LITERATURA

Diversos eventos merecem destaque durante a construção histórica dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil. Porém, os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, por caracterizarem-se como as duas maiores concentrações urbanas do país, foram pioneiros na implantação e inovação

dos serviços de resgate. O APH surge na cidade do Rio de Janeiro, em 1893, como medida de intervenção por parte do estado através do Setor de Saúde e Segurança Pública, como forma de proporcionar atendimento precoce, rápido, com transporte adequado a um serviço emergencial definitivo, a fim de diminuir os riscos, complicações, sequelas e aumentar a sobrevivência do paciente (ROMANZINI; BOCK, 2010).

O sistema organizado de atendimento de emergência, no âmbito nacional, passou a ser solidificado a partir da década de 1980, quando foi implantado em quase todo o país com variadas denominações, estruturas e formas de atuação por empresas tanto públicas – como o Corpo de Bombeiros Militar (CBM) e o serviço de ambulâncias das prefeituras – quanto privadas (O'DWYER et al., 2013).

A década de 1990 foi marcada pelo grande número de portarias e resoluções não só do governo federal, como também e, principalmente, dos órgãos de classe, como os Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem, na intenção de definir e regulamentar o atendimento de emergência e o APH no país. Neste mesmo período, visando preencher lacuna deixada pela área da saúde no enfrentamento dessa problemática, os policiais militares dos corpos de bombeiros iniciam um processo de capacitação e atuação no atendimento pré-hospitalar móvel com base, na época, no modelo americano, criando o Resgate, inicialmente em Brasília, São Paulo e, progressivamente, em outras capitais e grandes cidades do país (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Posteriormente, o Brasil adotou oficialmente o modelo francês, o SAMU, adequando-o às peculiaridades nacionais. Seus princípios são: considerar o auxílio médico de urgência uma atividade sanitária; atuar rapidamente no local do sinistro com procedimentos eficazes e adequados; abordar cada

caso com cuidados médicos, operacionais e humanitários; trabalhar em interação nas operações de socorro, mas com responsabilidades estabelecidas para cada profissional e realizar ações preventivas em complementação com a ação de urgência. A partir de 2003, houve a formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e da estratégia do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (O'DWYER et al., 2013).

A criação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE), no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, foi fundamental para a implantação da política e gestão da atenção às urgências, apoiando sua efetivação. A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: 1998-2002 – primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do SAMU e, a partir do final de 2008, a continuidade do SAMU e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (O'DWYER et al., 2013).

A portaria nº 1863, de 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ainda nessa portaria, estava prevista a capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção a partir de um enfoque estratégico promocional, que abarcasse toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2003a).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi o primeiro componente da PNAU a ser implantado. É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, no qual o usuário solicita atendimento por meio do acesso telefônico gratuito pelo número 192. Apresenta um componente regulador (a central de

regulação) e um componente assistencial (a equipe das ambulâncias).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS. Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação/educação continuada e humanização da atenção (O'DWYER et al., 2013). Os seguintes componentes foram considerados para a organização de redes de atenção integral às urgências: pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde e de saúde da família, equipes de agentes comunitários, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências); pré-hospitalar móvel (SAMU); hospitalar e pós-hospitalar (atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral).

Com o intuito de potencializar a qualificação dos trabalhadores das urgências, em março de 2006, por ocasião do Congresso Nacional da REDE SAMU 192, promovido pela coordenação geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, foi proposto que cada SAMU implantasse seu núcleo específico, que foi denominado de NEP (Núcleo de Educação Permanente). Ligados ao NEU, os NEP deveriam ter como principal objetivo a educação dos profissionais do componente pré-hospitalar móvel, os quais iniciaram suas atividades, com a expressiva implantação do SAMU no país, numa área que carecia de formação específica e que necessitava de permanente atualização (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

No caso do SAMU Natal, o mesmo foi criado em 17 de setembro de 2002, atendendo uma população de 700.000 habitantes. Foi considerado um serviço de remoção de feridos e

de transporte de pacientes, sendo municipalizado e habilitado em 26 de maio de 2004, já oficialmente reconhecido e sob um enquadramento de normas, rotinas e competências determinadas pelo Ministério da Saúde. No início, a regulação médica trabalhava com boletim de atendimento preenchido manualmente, o que mudou ainda, no ano de 2004, com a informatização do serviço. Trabalhava-se com duas Unidades de Suporte Avançado e oito Unidades de Suporte Básico, nenhuma descentralizada. Após anos de investimentos, muitas melhorias vieram, dentre as quais, poderemos apontar a aquisição de pontos de apoio descentralizados, aquisição de novos veículos, renovação de frota, intensificação de treinamentos, e o aumento no quantitativo de recursos humanos e materiais (PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL, 2014).

Em 2006, o SAMU inova o atendimento fazendo uso das *motolâncias*, serviço este que serviu de exemplo para o restante do país, pois diminuiu o tempo de resposta do atendimento. Ainda naquele ano, foi construído o prédio anexo ao da regulação médica, que abriga um auditório com capacidade para oitenta pessoas sentadas, coordenações, salas de reuniões, secretaria, banheiros, copa, Núcleo de Educação Permanente (NEP) e sala para acomodação de material para treinamento.

O SAMU 192 Natal dispõe de um NEP próprio, responsável pelos treinamentos e capacitações de todo o seu funcionalismo, bem como dos profissionais da Rede de Urgência e Emergência do município de Natal. Conta com uma equipe composta por dois médicos, duas enfermeiras, um condutor, um técnico de enfermagem e uma estagiária. Realiza capacitações permanentes durante todos os meses do ano, além de capacitar seus profissionais em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em cursos de Suporte Básico e Avançado de Vida. Sobre os projetos locais, efetiva o projeto SAMUZI-

NHO, que trabalha com crianças da rede municipal de educação, e o projeto *SAMU e a Comunidade*, com a população leiga, capacitando, mensalmente, interessados em suporte básico de vida, manobras de desengasgo, importância de não realizar trotes e entendimento de como funciona o serviço, inclusive com visitação às ambulâncias e à central de regulação (PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL, 2014).

O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram vinte profissionais de nível universitário e nove de nível técnico que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Natal, dentre os quais estão oito médicos (M), doze enfermeiros (E) e nove técnicos de enfermagem (TE). Os critérios de inclusão foram: atuar diretamente na assistência às urgências; estar presente e disponível no período da coleta de dados; ter disponibilidade de tempo para responder a entrevista; estar trabalhando na instituição por no mínimo um ano e consentir em participar da pesquisa.

O método de coleta de dados utilizado foi a entrevista com um roteiro semiestruturado e diário de campo com registro de informações relevantes. As entrevistas duraram aproximadamente trinta minutos e foram realizadas na sede do SAMU Natal em uma sala fechada com a finalidade de proteger a individualidade do participante. Na ocasião, foi solicitada também a permissão para que ela fosse gravada após a leitura e assinatura do termo de concordância de gravação.

O fechamento amostral foi definido por meio de saturação teórica e os dados foram analisados com base no referencial

teórico proposto por Bardin (2011). Inicialmente foi realizada uma análise prévia, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. Em seguida, realizou-se a codificação das falas e as subcategorias foram agrupadas por meio das inferências e do referencial teórico de suporte.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) de nº 41290414000005292 e parecer favorável de nº 970.727. Todos os participantes assinaram o TCLE e o termo de autorização para gravação de voz da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 29 profissionais, sendo dezesseis pertencentes ao sexo masculino e doze ao sexo feminino. Foram entrevistados oito médicos, doze enfermeiros e nove técnicos de enfermagem. A média de idade dos entrevistados foi de quarenta anos. Os profissionais de nível universitário apresentaram, em média, dezesseis anos de formados. Já os profissionais de nível técnico apresentaram, em média, quinze anos de formados. Os profissionais entrevistados tinham pós-graduações variadas. Dos doze enfermeiros, quatro possuíam pós-graduação na área de urgência e emergência, e dois médicos eram pós-graduados na área de terapia intensiva, entre outras. Os trabalhadores de nível médio não possuíam pós-graduação. Quanto às formas de contratação/vínculo, vinte profissionais afirmaram ser concursados e ou-

tros nove, contratados temporariamente através de processo seletivo simplificado. O período de atuação no SAMU variou de um a treze anos.

O Quadro 1 mostra as categorias e subcategorias temáticas surgidas a partir da análise do conteúdo, que serão abordadas em mais detalhes ao longo do texto.

Quadro 1 - Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas e unidades de registro, 2018

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
Concepção sobre EPS	Atualização técnico-científica	86
	Aprendizagem em serviço	13
Efetivação da EPS	Facilidades	17
	Dificuldades	60
Processos educativos pelo NEP	Satisfação, contribuição e aplicabilidade ao dia a dia de trabalho	71
	Verticalização do conhecimento e necessidades educacionais	44

Fonte: Elaboração própria, 2018

As concepções sobre EPS

A categoria *Concepção sobre EPS* foi compreendida pelo conjunto de duas subcategorias, cujas unidades temáticas estão relacionadas a sentidos que se aproximam e sentidos que se distanciam do conceito de EPS. As subcategorias foram a atualização técnico-científica e a aprendizagem em serviço.

A subcategoria *Atualização técnico-científica* mostra a compreensão da maior parte dos profissionais acerca da educação permanente. Vê-se que os trabalhadores entendem ca-

pacitações, atualizações, treinamentos e educação continuada como sinônimo da educação permanente, conforme pode ser verificado a seguir:

É a reciclagem e a educação continuada que é promovido pela instituição que a gente trabalha no intuito de sempre qualificar os profissionais (Informação verbal, entrevistado M4).

É um projeto para nós que trabalhamos no serviço pré-hospitalar, pois necessitamos frequentar os cursos, as palestras e os congressos (Informação verbal, entrevistado TE7).

Como o nome diz, educação sempre, efetiva, continuada (Informação verbal, entrevistado E7).

É a ferramenta utilizada para a atualização e treinamento de pessoal (Informação verbal, entrevistado TE9).

As verbalizações dos entrevistados sugerem que eles não possuem domínio conceitual acerca do significado de educação permanente em saúde. A maior parte dos profissionais em foco entende a educação permanente como algo similar à educação continuada, ou seja, como capacitação e atualização tendo em vista que esse foi e ainda é o modelo hegemônico dentro dos serviços de saúde.

O NEP, o núcleo de educação permanente aqui do SAMU, oferece cursos, treinamentos para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem de maneira constante (Informação verbal, entrevistado E1).

Educação permanente é estar sempre me atualizando na minha profissão, que é socorrista, certo? (Informação verbal, entrevistado TE8).

Nesse sentido, Mendonça e Nunes (2011) destacam que a permanência de práticas hegemônicas e fragmentadas representa um desafio e demonstra a importância da implementação da EPS nos serviços públicos de saúde. Observa-se, portanto, que não só nos serviços públicos de saúde, bem como nas instituições formadoras, predomina a educação continuada e que os trabalhadores e/ou estudantes reforçam essa concepção de educação.

A educação permanente deve caminhar no sentido de uma educação libertadora em direção oposta à educação bancária, isto é, como ato de depositar ou transmitir valores e conhecimentos. A educação problematizadora preconiza que os educandos desenvolvam o seu poder de captação e de compreensão do mundo em uma realidade que está em constante transformação. A tomada de consciência representa o principal objetivo da educação, pois pode induzir posições críticas, de reflexão e que conduzam a uma ação para modificação de uma realidade inicial (BALDISSERA; BUENO, 2014).

Essa visão por parte dos profissionais pode estar relacionada ao tipo de formação, ainda predominante, nos cursos de graduação no Brasil. A maioria das pessoas que trabalha nos serviços do SUS ainda possui uma formação centrada em uma visão fragmentada do processo saúde-doença, reforçando o modelo biomédico. Isso dificulta o exercício da integralidade, conforme preconizado pelos princípios do SUS. Nesta direção, Coelho et al. (2013) também identificaram, em relação ao conceito sobre EPS, referências a um pensamento fragmentado, marcado pelo distanciamento das categorias profissionais e suas funções correspondentes.

A EPS não deve estar vinculada somente aos aspectos técnicos e de atualização de conhecimentos, mas transcender a essa concepção. Nesse sentido, Silva et al. (2016) conjecturam que

a EPS se tornará efetiva quando ultrapassar a linearidade, as ações pontuais, que são planejadas para acontecer em determinado local com conteúdo e estratégias previamente definidos.

Conforme Ceccim (2005), a EPS pode corresponder à educação continuada quando esta tiver por objetivo a construção de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar peculiares; pode também corresponder à educação formal de profissionais quando se mostrar aberta às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e construir alianças de projetos integrados entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino.

Portanto, conforme se observa nas categorias *Efetivação da educação permanente* e *Processos educativos ofertados pelo NEP*, a maior parte dos profissionais mostra-se satisfeito com os processos educativos que são ofertados e que são aplicáveis à realidade do dia a dia de trabalho. Por sua vez, a subcategoria *Aprendizagem em serviço* trata da concepção dos profissionais que mais se aproxima ao sentido da aprendizagem significativa no trabalho. A aprendizagem através da educação permanente tem natureza participativa e o seu ponto chave é o cotidiano nos serviços de saúde, é no dia a dia do trabalho que se estabelecem os comportamentos e os modos de atuação profissional, individual e coletivo (NEVES et al., 2016).

Educação Permanente em Saúde é produção de conhecimento no cotidiano do trabalho nas instituições de saúde baseados nas experiências do dia a dia, nas vivências dos problemas ou realidade que passamos. Deve ocorrer de forma contínua para todos os profissionais da equipe (Informação verbal, entrevistado E11).

Eu acredito que a educação permanente em saúde ocorra pela iniciativa do profissional, em primeiro lu-

gar, de estar sempre se atualizando, preferencialmente, dentro do serviço que ele faz parte (Informação verbal, entrevistado E09).

As falas sugerem que os profissionais têm um conhecimento aproximado do que seja EPS, considerando a menção aos processos educativos dentro do local de trabalho. Contudo, faz-se necessário lembrar que, para que ocorram mudanças nas práticas dos profissionais, é fundamental a interação entre gestão, controle social, trabalhadores de saúde e a universidade. No caso dos profissionais em tela, há uma aplicação relevante uma vez que, cotidianamente, lidam com diversas situações, o que requer profissionais sintonizados com novos conhecimentos e novas práticas.

310

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem um conceito fundamental para a educação permanente em saúde, que é o quadrilátero da formação para a área da saúde. Segundo esses autores, esse quadrilátero é constituído por ensino, gestão, controle social e atenção. É importante que, nesse movimento da educação permanente, estejam associadas mudanças no ensino de cursos técnicos, graduação e pós-graduação. A gestão dos serviços de saúde deve atuar de forma participativa e o controle social deve ser visto como fundamental, haja vista as necessidades educacionais surgirem em função dele. No discurso dos profissionais, entretanto, não se evidenciou a articulação do quadrilátero da formação para a área da saúde. Algumas falas sugerem que a EPS deva ocorrer pela iniciativa do profissional.

Vendruscolo et al. (2016) destacam que a EPS é compreendida como a aprendizagem no trabalho, mediante a incorporação do aprender e do ensinar ao cotidiano dos serviços de saúde, de modo a garantir a aprendizagem significativa e

a possibilidade de transformar as práticas profissionais. Além da prática docente, a habilidade de refletir sobre a prática deve estar presente na formação de todo profissional. A reflexão no aspecto crítico implica o conhecimento e isso possibilita atuar sobre a realidade a fim de transformá-la. A integração de saberes e práticas deve transcender o individualismo epistemológico para a experiência do conhecimento compartilhado em compromisso com o coletivo.

Cardoso (2012) afirma que, ao se analisar um problema na área da saúde pública no Brasil de maneira contextualizada, percebe-se que sua explicação é complexa e verifica-se a necessidade de intervenções articuladas nos vários níveis de gestão do SUS. A resolução desses problemas nem sempre está associada à execução de atividades educativas para esses profissionais, mas o desenvolvimento dos trabalhadores é certamente primordial quando o objetivo é melhorar o modelo de saúde e a qualidade da atenção.

Atualmente, no Brasil, formam-se profissionais de saúde que dominam diversas técnicas e tecnologias, mas a maioria não é capaz de lidar com a subjetividade e a diversidade cultural das pessoas. Além disso, não possuem as habilidades necessárias para trabalhar de forma integrada em equipe e enfrentar questões como a organização da assistência à saúde, a implementação dos princípios do SUS, entre outros (NIDECK; QUEIROZ, 2015).

Nesse sentido, percebe-se que a formação dos profissionais de saúde, provavelmente, influencia na concepção que esses têm sobre a referida temática. As suas falas demonstram que eles possuem uma compreensão aproximada sobre o que seja EPS, mas é necessário avançar em conhecimento e apropriação do conteúdo.

Sabe-se que o processo de trabalho na rede de atenção à saúde é complexo e dinâmico, o que requer uma reflexão e uma postura crítica das ações, tanto por parte de profissionais, quanto dos gestores da área. A seguir, mostra-se a categoria *Efetivação da educação permanente em saúde* que se encontra subdividida em duas subcategorias: *Facilidades* e *Dificuldades* para a sua efetivação.

Silva et al. (2016) destacam que a qualificação da atenção à saúde está associada a diversos fatores, dentre os quais podemos citar: a estruturação e a organização dos serviços; a aderência às novas tecnologias; a disponibilidade de materiais e equipamentos e medicações e, principalmente, o comprometimento com o desenvolvimento de ações educativas que permitam o desenvolvimento dos trabalhadores da área.

Em relação à subcategoria *Facilidades*, as falas dos profissionais sugerem que haja a oferta de cursos em dias e horários alternados, a gratuidade dos cursos, a motivação e a infraestrutura adequada. Esses aspectos foram apontados como fatores que facilitam a participação dos profissionais nos processos educativos, conforme trecho destacado abaixo:

A facilidade se dá pelo fato de os processos educativos serem ofertados em dias e horários alternados (Informação verbal, entrevistado M3).

A motivação é considerada fundamental para a participação em processos educativos, pois é a partir dela que o profissional mobiliza sentimentos em busca do aprendizado no ambiente de trabalho de acordo com as suas necessidades, a necessidade do serviço e da população.

O que facilita é a motivação porque você tem que dar conta do serviço. Assim, ter motivação de estar sempre estudando, se aperfeiçoando, para que, quando houver uma ocorrência, você consiga realizar seu trabalho adequadamente (Informação verbal, entrevistado M8).

Em um estudo similar, Paulino et al. (2012) evidenciaram, pelo discurso dos profissionais, que a EPS estava relacionada ao interesse pessoal pelo aprendizado à integração, ao trabalho em equipe e à responsabilidade com a comunidade. A infraestrutura e a gratuidade dos cursos são apontadas como facilitadores na participação dos processos educativos.

A maioria dos cursos que ocorre aqui tem boa infraestrutura e são de excelente qualidade (Informação verbal, entrevistado E2).

Os cursos são pagos pela secretaria de saúde. Então, isso é uma facilidade muito grande (Informação verbal, entrevistado M5).

Na sua ordem, a subcategoria *Dificuldades* aborda os tipos de dificuldades que os profissionais se deparam no tocante à efetivação da educação permanente. Os trabalhadores denunciam, quase em sua totalidade, a problemática da falta de tempo como principal dificuldade para comparecer as capacitações.

Muitas vezes não temos tempo para realizar os cursos, pois estamos de plantão (Informação verbal, entrevistado M6).

A questão principal é o tempo mesmo. A maioria dos profissionais tem duas ou mais escalas (Informação verbal, entrevistado TE3).

O que dificulta é a falta de tempo, porque não tenho como ir, pois trabalho em outro local também (Informação verbal, entrevistado E4).

Em um estudo semelhante, sobre a experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência, relacionado à EPS, evidenciou-se que, dentre os obstáculos para a efetivação da EPS, estão os vínculos empregatícios instáveis e baixa remuneração salarial, além da sobrecarga de trabalho, a desmotivação e até mesmo a falta de tempo para se dedicar aos estudos e participação em grupos de debates (COELHO et al., 2013).

Tais achados corroboram com a pesquisa realizada por Cruz e Carrijo (2017) ao relatarem que os entrevistados apontaram a grande demanda de usuários no serviço e a sobrecarga de trabalho como um impedimento para participar de cursos e capacitações. Tais fatos são disparadores da desmotivação e, por vezes, impulsiona o profissional a buscar meios de aprendizagem alternativos.

Outro fato relatado pelos profissionais do SAMU Natal foi o desgaste com a gerência do serviço de saúde, provavelmente, provocando o desestímulo para participação dos processos educativos.

Na verdade, nós estamos passando por uma fase de desestímulo. Não tem a ver com o NEP, mas em relação a gerência do serviço (Informação verbal, entrevistado E5).

Para que ocorra uma reflexão acerca do processo de trabalho, faz-se necessário haver reuniões de equipe para que se consiga identificar os nós críticos do dia a dia do trabalho, promover uma escuta qualificada das queixas e dos ruídos,

para, coletivamente, vislumbrar alternativas e soluções adequadas, apontando e construindo novos caminhos. Contudo, as escassas reuniões de equipe ou mesmo a ausência destas foram relatadas.

Pelo que eu me lembre, desde que trabalho aqui, há quatro anos, nunca participei de reunião para discussão de casos (Informação verbal, entrevistado E1).

Eu nunca participei de nenhuma reunião de equipe para discutir os casos (Informação verbal, entrevistado TE4).

Já houve. Hoje em dia, não está ocorrendo. Devido ao desestímulo, a gente não está tendo esse feedback. Na verdade, eles não estão fazendo esse feedback com a gente (Informação verbal, entrevistado E5).

Na outra gestão, nós tínhamos mais reuniões em que discutíamos os casos clínicos. Eu considero isso de extrema importância, porque a gente aprende com nossos erros e com nossos acertos também. Mas, hoje, é muito raro (Informação verbal, entrevistado E6).

Para que qualquer tipo de processo educativo ocorra, é fundamental que os profissionais do serviço tenham interesse em participar. Tal fato, porém, é evidenciado por alguns profissionais como dificuldade ou mesmo impedimento para assumir uma posição proativa no que tange à iniciativa de participação em tais atividades. Fato curioso é uma maior participação em eventos com palestrantes de fora do estado ou do país e a pouca valorização de palestrantes internos.

A maioria dos nossos profissionais só querem cursos que deem titulação internacional. Se for ofertado por

palestrantes de fora do estado, todo mundo quer participar, se for ofertado pelo próprio serviço, a gente tem um público pequeno ou nenhum. Muitas vezes, essa é a grande diferença: os profissionais só valorizam quem vem de fora (Informação verbal, entrevistado E10).

Os processos educativos

Essa categoria trata da visão dos profissionais sobre os processos educativos ofertados pelo NEP. Tal categoria está subdividida em duas subcategorias: *Satisfação, contribuição e aplicabilidade ao dia a dia de trabalho; Verticalização do conhecimento e necessidades educacionais.*

Na primeira subcategoria, os profissionais expressam suas opiniões no que tange à satisfação, contribuição e aplicabilidade dos processos educativos no cotidiano de trabalho. Os profissionais afirmam que o NEP é bastante atuante e que sempre está investindo em processos educativos para os profissionais do serviço.

Eles são muito atuantes, pois estão sempre ofertando aperfeiçoamentos para reciclar a equipe (Informação verbal, entrevistado TE4).

O NEP oferece diversos cursos de capacitação, por isso vejo a atuação de forma positiva (Informação verbal, entrevistado M6).

O discurso dos profissionais mostra que eles estão satisfeitos com as atividades educativas que são ofertadas pelo NEP e frisam, ainda, que esta instância é bastante atuante, pois oferta cursos e capacitações aos profissionais da equipe. Além disso, os trabalhadores consideram que as atividades educativas,

que são ofertadas pelo NEP, contribuem para o processo de trabalho de forma satisfatória.

Os processos educativos podem contribuir, principalmente, na atualização da definição das condutas. O nosso trabalho é muito amplo, porque a gente atende todo tipo de caso e toda a população da cidade. Então, não tem como saber tudo (Informação verbal, entrevistado M4).

Eles fazem com que a gente trabalhe em cima de protocolos e todo mundo tem que trabalhar da mesma forma, em cima do mesmo padrão e isso é extremamente importante (Informação verbal, entrevistado E6).

No que se refere à compreensão dos profissionais sobre a aplicabilidade dos processos educativos ordinariamente, eles concordam, quase majoritariamente, que são aplicáveis conforme se observa a seguir:

O NEP sempre prepara cursos voltados para o nosso tipo específico de trabalho que é o APH, então todos os cursos são voltados para a nossa área de atuação e isso é muito importante (Informação verbal, entrevistado TE4).

Acredito que todos os cursos que são ofertados são aplicáveis, porque eles já são ofertados de acordo com a realidade do próprio serviço e dificilmente eles vão trazer um curso que não seja aplicável à realidade do trabalho (Informação verbal, entrevistado E10).

Os depoimentos sugerem que os processos educativos ofertados pelo NEP são aplicáveis à realidade do trabalho

no SAMU, ou seja, de acordo com a realidade vivenciada pelos trabalhadores. É evidente que o primeiro passo, para que ocorram mudanças nos processos de formação, é compreender que as propostas educativas não devem ser realizadas isoladamente e nem de cima para baixo, hierarquizadas, uma vez que está comprovado que não trazem resultados favoráveis. Nesse sentido, as percepções condizem com o preconizado pela PNEPS, quando propõe que a EPS deve ser realizada a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2014).

A educação precisa estar sintonizada com as particularidades de cada segmento de trabalho, de tal maneira que se possam obter transformações na gestão e na atenção. A reestruturação do processo de trabalho está representada por ações contínuas em que a tríade gestão, educação e atenção constituam-se em uma forma de fortalecimento de todos os segmentos envolvidos (SILVA et al., 2016).

Entretanto, relacionadas com a segunda subcategoria (atuação verticalizada/centralizadora), foi verificado, através das falas, que a escolha dos temas dos processos educativos é definida, na maioria das vezes, apenas pela gestão, ou seja, pelo Núcleo de Educação Permanente.

Eu apenas participo dos cursos que são ofertados; não tenho participação na escolha de temas nem de tipos de cursos que se possam ter (Informação verbal, entrevistado M1).

Sobre a definição, eu não chego a entrar nesse mérito, porque quem define essa parte é a coordenação (Informação verbal, entrevistado M8).

Dos cursos que são ofertados pelo NEP, eu, particularmente, não participo da definição, nem de como

vai ser nem onde vai ser. Eles elaboram esses cursos e depois chamam os profissionais para participar, mas a gente diretamente não participa da elaboração desses cursos (Informação verbal, entrevistado TE4).

Essas verbalizações sugerem que os processos educativos que ocorrem no NEP não são definidos coletivamente ou de acordo com a necessidade expressada pelos sujeitos. Os relatos ainda evidenciam que esses participantes não possuem voz ativa nessas escolhas, atuando apenas como espectadores. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Neves et al. (2016) e demonstraram que quase todos profissionais afirmaram que gostariam de ser consultados previamente sobre os temas das atividades educativas.

O estudo de Guimarães e Corvino (2016), que versou a respeito da percepção de trabalhadores sobre a EPS, também discorre sobre a forma pontual dos processos educativos a partir de temas pré-definidos, na forma de palestras, treinamentos e capacitações.

Os profissionais afirmaram que as experiências educativas foram importantes, mas não partiram das necessidades sob o ponto de vista dos mesmos. Nota-se, assim, a ausência de escuta qualificada dos profissionais acerca das suas necessidades de formação e aperfeiçoamento:

Eu acho que o NEP deveria discutir o atendimento ao paciente em situações de risco. Por exemplo, como chegar em uma ocorrência em que há usuários de drogas ou que seja em favelas. Então, precisamos de capacitações que nos orientem como atender esses casos, pois ficamos receosos nessas ocorrências (Informação verbal, entrevistado TE5).

Uma coisa que é pouco treinada é o manejo de pacientes com transtornos psiquiátricos. Realmente, eu acho que ainda é um pouco limitado esse tipo de capacitação nessa área (Informação verbal, entrevistado TE4).

As falas sugerem a necessidade de atividades educativas em temas variados e também que esses processos educativos sejam ofertados com frequência adequada, com variedade de opções, dada a diversidade de ocorrências complexas durante a assistência aos usuários. A capacitação nos serviços de saúde torna-se relevante, pois a qualificação em serviço ocorre num espaço propício para uma atuação crítica, reflexiva e tecnicamente competente (XIMENES NETO et al., 2016). As evocações observadas apontaram a escassez de reuniões de equipe e que é associada à centralização da escolha das atividades educativas por parte da gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS poderá se tornar efetiva na medida em que possa romper com as ações educativas preconcebidas, com conteúdo e estratégias definidos previamente, entre outras. É preciso superar os modelos educativos tradicionais e estáticos e caminhar na direção de uma educação problematizadora capaz de promover a reflexão das práticas no ambiente de trabalho a fim de transformá-las. Nesse ponto, cabe destacar que as necessidades educacionais dos educandos devem estar em conformidade com a realidade vivenciada por eles enquanto protagonistas dos processos educativos.

O estudo evidenciou que a maioria dos participantes possui pouco domínio acerca da temática da EPS. Tal fato pode ser reflexo do paradigma hegemônico da educação continuada dentro dos serviços de saúde. O estudo também evidenciou que, para a consolidação de qualquer estratégia educativa, é de fundamental importância a presença de fatores estimuladores da participação dos trabalhadores. O discurso dos entrevistados destacou a presença de dificuldades para a participação dos profissionais nos processos educativos, dentre as quais a falta de tempo, o excesso de vínculos empregatícios, a falta de diálogo com a gestão e as escassas reuniões de equipe receberam destaque.

Evidenciou-se que o planejamento dos processos educativos é realizado de forma verticalizada pela gestão, sem a participação direta dos profissionais, fazendo emergir o discurso de necessidade de capacitação em temas diversos. Aponta-se, assim, a necessidade de se repensar o formato do planejamento para que esse se torne mais participativo e co-responsabilizado.

O cotidiano de atuação desses profissionais necessita de espaços que propiciem a reflexão e a aprendizagem significati-

va para contribuir com o desenvolvimento da EPS no SAMU Natal. Sugere-se que haja um aprimoramento da educação permanente na instituição objetivando a valorização do profissional, com o apoio da gestão, buscando superar os nós críticos e para alinhamento com os princípios da PNEPS.

Espera-se que a EPS se torne a base para a superação dos problemas elencados nesta pesquisa e que se transforme em instrumento para o empoderamento das equipes na organização do processo de trabalho do SAMU Natal, a fim de transformar o pensar e o agir, tornando os trabalhadores crítico-reflexivos para o enfrentamento da realidade do trabalho no qual estão inseridos.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 13, n. 2, p. 191-192, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278, de 27 de fevereiro de 2014**. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html. Acesso em: 17 set. 2019.

CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, p. 18-28, supl.1, maio, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/02.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunic. Saúde, Educ**, v. 9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

CELEDÔNIO, R. M. *et al.* Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 5, p. 1100-10, 2012. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11740/1/2012_art_rmceledonio.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

COELHO, G. M. P. et al. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enferm. Foco**, v. 4, n. 3,4, p. 161-163, 2013.

CRUZ, E. N.; CARRIJO, A. R. Processo de educação permanente em um hospital público: percepção de enfermeiros gestores. **Rev. Saúde Desenvolv.**, v. 11, n. 6, 2017.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.22, n.6, p.1817-1828, jan./ jun. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.30272016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>. Acesso em 17 set. 2019.

GUIMARÃES, I. F.; CORVINO, M. P. F. Estratégias de educação permanente em saúde na percepção dos profissionais de Vigilância Sanitária. **Vigil. Sanit. Debate.**, v. 4, n. 1, p. 58-63, 2016. DOI: 10.3395/2317-269X.00477. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/477/290>. Acesso em: 17 set. 2019.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/12.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.; CICONET, R. M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 185-91, 2011. DOI: 10.1590/S0103-21002011000200005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/05.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. **Interface** (Botucatu) [online], v.15, n.38, p.871-882, jul.set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/20.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública.**, v. 48, n. 1, p. 170-185, fev. 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004498. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

NEVES, G. B. C. *et al.* Opinião dos enfermeiros sobre educação permanente em um hospital público. **Rev. Enferm. UFPE**. v. 10, n. 5, p. 1625-34, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11158>. Acesso em: 9 out. 2019.

NICOLETTO, S. C. S. *et al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da política de educação permanente em saúde no Paraná, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.1094-1105, out./dez. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/12.pdf>. Acesso em 9 out. 2019.

NIDECK, R. L. P.; QUEIROZ, P.P. Perspectivas para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. **Trab. Educ. Saúde.**, v. 13 n. 1, p. 159-179, jan./abr. 2015. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00022. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-00022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

O'DWYER, G. *et al.* The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC Health Serv. Res.**, v. 20, n.13, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598552/>. Acesso em: 9 out. 2019.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.141-160, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2012.v22n1/141-160/pt>. Acesso em: 9 out. 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v. 21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

PAULINO, V. C. P. *et al.* Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v.20,

n.3, p.312-6, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/687/2885>. Acesso em: 9 out. 2019.

PINTO, E. E. P. *et al.* Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 77-96, mar./jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v8n1/05.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL. Secretaria de Saúde. SAMU 192 Natal. **História do SAMU 192 Natal**: para semana da Pátria e vídeo institucional. Natal: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 18, n.2, p.240-246, mar./abr. 2010. DOI: 10.1590/S0104-11692010000200015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_15.pdf. Acesso em 9 out. 2019.

SILVA, D. S. *et al.* A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.1, p.211-219, jan./mar. 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i1.19615. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832235/v16n1a24.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

SILVA, L. A. A. *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v.14, n.3, p.765-781, set./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0765.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* A Inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, e2530013, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002530013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **Sanare**, Sobral, v.15, n.1, p.47-54, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/927>. Acesso em: 9 out. 2019.

Inserção dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família

Maicon Rodrigues Silveira | miikesilveira@gmail.com
Enfermeiro graduado pela Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Deise Taurino Ramos | deisetramos@gmail.com
Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Deise Lisboa Riquinho | deise.riquinho@ufrgs.br
Dra. em Saúde Pública; profa. adjunta da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cristianne Maria Famer Rocha | cristianne.rocha@ufrgs.br
Dra. em Educação; profa. associada da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A Atenção Básica (AB) brasileira tem, na Estratégia Saúde da Família (ESF), sua principal forma de reorganização, expansão e consolidação de princípios. Para tanto, foram propostas mudanças no processo de trabalho, que passaram das ações individuais para ações em equipe, considerando a interprofissionalização como uma forma de promover o vínculo e o cuidado longitudinal (BRASIL, 2017).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe da ESF, diferentemente dos demais trabalhadores, tem a prerrogativa de residir na área de abrangência da Unidade de Saúde (BRASIL, 2009). É inerente ao seu trabalho compreender a realidade em que está inserido, considerar o ambiente e a cultura local no desempenho das suas funções, identificando situações e necessidades que não seriam facilmente (re)conhecidas pelos demais profissionais da equipe da ESF. Na Portaria nº 958, de maio de 2016, o ACS foi acrescido à equipe mínima da ESF com um teto de horas semanais a cumprir (BRASIL, 2016).

Após publicada, no entanto, esta Portaria foi revogada, pela necessidade de debate sobre o tema com gestores e profissionais. Apesar disso, na terceira edição de revisão da Política Nacional da Atenção Básica, no ano de 2017, o número de ACS passa a ser reduzido a até um por equipe e suas funções ganham outras características atreladas a um fazer mais clínico (MELO et al., 2018).

Explora-se, neste artigo, no entanto, o caráter de mediação desse trabalhador entre comunidade e equipe de saúde, con-

tribuindo para um cuidado em saúde constituído pela tradução de diferentes realidades, dinâmicas sociais, valores e hábitos circulantes entre os moradores (FILGUEIRAS; SILVA, 2011). O ACS vivencia uma duplicidade na vida e no trabalho: ao mesmo tempo em que é morador e usuário do serviço de saúde, também é trabalhador, que é confrontado com a necessidade de desenvolver uma escuta constante, construção e reconstrução de vínculos. Para Ferreira et al. (2009), o processo de trabalho do ACS é engendrado, principalmente, por duas formas de ação: a tecnológica e a comunicativa, as quais interagem constantemente com suas vivências nos diferentes âmbitos individuais, familiares, no território e no domicílio, produzindo diferentes modos e formas de cuidar.

Este artigo apresenta um estudo que teve por objetivo analisar a inserção profissional dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família, de uma Gerência Distrital de Saúde, no município de Porto Alegre/RS.

Percurso metodológico

Este estudo descritivo, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010), integra uma pesquisa maior intitulada *O diálogo entre diferentes saberes no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde*¹ realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em uma Gerência Distrital (GD), na qual a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) desenvolve atividades docentes assistenciais. A população do estudo constituiu-se dos ACS das 28 equipes de ESF pertencentes ao território desta GD. A mostra foi composta de um ACS por

1 A pesquisa foi realizada no ano de 2015 a 2017, sob coordenação da professora doutora Deise Lisboa Riquinho.

equipe. O critério de inclusão dos profissionais foi fazer parte do quadro funcional do serviço há pelo menos três meses, independente do vínculo empregatício. O critério de exclusão foi estar afastado do trabalho no período da coleta de dados.

A geração dos dados ocorreu no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016 por meio de grupo focal e entrevista semiestruturada. Ambos foram gravados por aparelho digital e, posteriormente, transcritos. Realizaram-se três grupos focais com três encontros cada, totalizando nove encontros. As questões elaboradas para cada encontro foram: “pensando em seu trabalho, destaque as principais necessidades em saúde, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios onde atuam”; “como você, considerando determinado problema de saúde e seu contexto, desenvolve seu trabalho/orientação e ações de Educação em Saúde?”; e, “em que medida os conhecimentos por você transmitidos provêm de suas experiências do cotidiano de vida e trabalho?”.

Um pequeno filme foi exibido para fomentar a questão que se apresentou para a discussão. Participaram, no primeiro grupo focal, nove ACS; no segundo, iniciaram nove ACS e, nos encontros subsequentes, duas participantes não compareceram, ocorrendo, portanto, a perda de duas participantes, e, no terceiro, iniciaram dez e houve uma perda, totalizando 25 participantes. Com esses, foram realizadas entrevistas semiestruturadas em seus locais de trabalho, após agendamento prévio.

As entrevistas enfocaram a trajetória de vida, a aproximação do processo de trabalho e as redes de conhecimento no e para o trabalho. Neste estudo, utilizaram-se os dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas semiestruturadas, especialmente no que se referiu à trajetória de vida e inserção no trabalho. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pela letra A seguida de um nú-

mero arábico. A classificação numérica aconteceu de forma aleatória, de um a 25 e, para os grupos focais, a abreviação GF e o número do encontro. Utilizou-se o software Nvivo 10.0 para organização do material. O tratamento e a análise ocorreram por meio de categorização temática (MINAYO, 2010).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS, sob o nº 1.009.554, e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, sob o nº 1.147.148.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados, a seguir, a partir de três temas: morar e trabalhar ou trabalhar e morar no território: até quando?; aproximação e vínculo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e as (des)motivações do Agente Comunitário de Saúde para o trabalho.

Em relação à caracterização dos sujeitos de pesquisa, a mediana de idade foi 45 anos. A maioria das participantes era do sexo feminino (80%). A autodeclaração da raça/cor apresentou o mesmo quantitativo de brancos e negros (44%) e 12% pardos. Quanto à escolaridade, 64% dos participantes tinham o Ensino Médio completo e/ou formação técnica, 20%, o Ensino Superior incompleto, 12% possuíam o Ensino Superior completo e 4%, o Ensino Fundamental completo. O vínculo empregatício dos ACS era via Instituto Municipal e Hospital Filantrópico, ambos submetidos, na época, à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A mediana de tempo em exercício da profissão como ACS foi de dois anos (tempo mínimo oito meses e máximo dezenove anos).

As necessidades, os problemas sociais e de saúde das comunidades e territórios identificados pelos ACS, nos grupos

focais, foram o aumento da violência, o tráfico de drogas, o crescimento da população idosa, gravidez na adolescência e o crescente número de casos de saúde mental.

Morar e trabalhar ou trabalhar e morar no território: até quando?

A prerrogativa do Ministério da Saúde de que o ACS seja morador na/da comunidade há pelo menos dois anos para candidatar-se ao cargo indica uma necessidade de maior conhecimento e familiaridade com seu local de trabalho e com as pessoas que ali viviam (BRASIL, 2001). A maioria das ACS participantes da pesquisa vivia nos locais de trabalho desde que nasceu ou havia mais de vinte anos (64%); havia também aqueles que moravam de seis a vinte anos (20%) e ainda outros que residiam nos locais onde trabalhavam havia cinco anos ou menos (16%). Algumas das motivações para residir no local de trabalho foram explicitadas da seguinte forma:

É assim... meus pais eles moravam aqui. Eu casei e nós conseguimos uma casa do lado dos meus pais, E aí fomos ficando... (Informação verbal, entrevistado A13).

Faz três anos que eu moro aqui. Eu vim morar aqui por causa do concurso, mas eu já conhecia a área porque eu fui cobrador de ônibus em uma linha que atravessa aqui dentro (Informação verbal, entrevistado A20).

Embora recentemente a região do estudo tenha passado por algumas alterações de infraestrutura, devido aos jogos da Copa do Mundo no ano de 2014, permaneceu com as modificações, tendo em vista o Programa Integrado Socioambiental

(Pisa). Tal Programa buscava, essencialmente, conforme as informações disponíveis no site do município de Porto Alegre, garantir a expansão do tratamento de esgoto da Capital e a balneabilidade das águas do Guaíba, reduzindo a densidade de coliformes fecais lançados em sua extensão, como, por exemplo, no arroio Cavalhada, situado em um dos bairros pertencentes à Gerência Distrital em estudo (PORTO ALEGRE, 2014).

Para concretizar este Programa, ocorreu a execução do plano de reassentamento involuntário da população e atividade econômica prevista para atingir 1.680 famílias, as quais serão realocadas para conjuntos habitacionais, ou o recebimento de quarenta mil reais para aquisição de um novo imóvel (PORTO ALEGRE, 2014). Dois dos ACS participantes da pesquisa estavam nesta situação e manifestaram preocupação com a manutenção do emprego:

Se a gente consegue comprar com o bônus, a gente sai. Como eu tenho o meu emprego e não posso sair da minha área, eu não posso comprar em outro lugar. Então, eu fico atrelada... Se eu sair da área, eu vou perder o emprego automaticamente (Informação verbal, entrevistado A16).

Como a minha a casa foi atingida por aquela área da Copa que vai sair, eu estou, por enquanto, no aluguel social. Não encontrei uma casa ainda no valor que eles pagam o bônus (Informação verbal, entrevistado A4).

A Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu o direito à moradia previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e, 59 anos depois, em 2007, elaborou orientações tanto para o Estado como para as populações, so-

bre os princípios básicos a respeito de remoções e despejos causados por projetos de desenvolvimento. No documento, alerta para o distanciamento de creches, escolas, hospitais, mesmo do trabalho das famílias removidas, e para a possibilidade de as mesmas ficarem desabrigadas (ROLNIK, 2011).

[...] a questão da moradia foi o que mudou, mas não vejo como ponto positivo, porque te tiraram do lugar onde tu tinhas tudo perto: mercado, ônibus, uma comunidade que tu conhecias, para te jogar lá num lugar para tu viveres tipo bicho, sabe? (Informação verbal, entrevistado A8).

Essas situações de remoções involuntárias estavam presentes em dois dos três bairros que compõem a Gerência Distrital estudada. No entanto, foi comum aos três bairros a identificação da crescente onda de violência que atinge os moradores. Quando os ACS foram questionados sobre as mudanças ocorridas em seus locais de moradia, foram unânimes os depoimentos que sinalizaram para o aumento da violência, aliado ao tráfico de drogas. Para 40% dos ACS, os episódios de violência alteram o funcionamento das unidades de saúde, restringindo o horário de funcionamento das mesmas e intimidando os trabalhadores que, muitas vezes, afastam-se de suas atividades. Além disso, revelaram histórias de amigos de infância que fizeram “escolhas erradas” e foram mortos em confronto com a polícia ou mesmo entre grupos rivais no território:

Mas acho que a questão da violência aqui na região é um problema, de verdade. Tem dias que deveriam mandar a gente recolher para a unidade e não trabalhar mais por causa da violência. Mas é difícil... e para gente que mora ali dentro [...] as pessoas estão enten-

dendo que aquilo ali é normal, as não é normal não. [...] a maioria dos meus adolescentes já morreram [com quem desenvolvia atividade esportiva], eu vi eles crescerem junto com os meus filhos, jogavam futebol com os meus filhos, a maioria já morreu, tinha um time de futebol (Informação verbal, entrevistado GF3).

Gente, uma coisa que é errado é esse negócio de tiro. É natural tu te ferrar e achar normal. Está errado pensar isso, de noite eu estou deitada e dá aquela saraivada de tiro... eu acho que não é normal achar que isso é normal. Só que eu estou numa fase que já me acostumei (Informação verbal, entrevistado GF1).

Em estudo na cidade de Salvador, Bahia, onde foram analisados os significados atribuídos pelos ACS à violência vivenciada no cotidiano de trabalho, observou-se que, muitas vezes, a defesa adotada é “fingir que nada aconteceu”; naturalizar a violência é uma necessidade para continuar a viver nos territórios, tendo como consequência o silenciamento e o medo (SOUZA; FREITAS, 2011).

A ausência do Estado na periferia das cidades, oferecendo serviços de boa qualidade, como escolas e creches, a pouca participação da sociedade organizada, exigindo tais serviços, colaborara para o aumento de grupos armados vinculados ao tráfico de drogas. Nesse cenário de morador e trabalhador, o ACS é atingido duplamente pela insegurança em trabalhar e morar em um ambiente perigoso, resultando em grande carga de estresse, e pelo medo de sofrer violência física e moral (SANTOS; DAVID, 2011).

Inserção e vínculo de trabalho do agente comunitário de saúde

A inserção dos ACS com a ESF foi identificada por meio de três diferentes percursos, dentre os 25 participantes da pesquisa: buscar esta profissão por querer uma estabilidade laboral foi citado por 44% dos ACS, ao passo que, representar a comunidade em fóruns de participação social, ou ainda prestar serviços vinculados à educação infantil e outros serviços na comunidade, foram referidos por 32% dos participantes e serem profissionais na área da saúde, porém com qualificação ou experiência aquém das solicitadas pelos serviços, foi citado por 24% dos participantes.

Estudo de Silva e Santos (2003), enfocando os motivos que levaram as pessoas a se candidatar ao cargo de ACS, apontou que 70% buscavam uma oportunidade de trabalho e 30% foram movidas pelo desejo de ajudar o próximo ou melhorar as condições de vida do bairro.

A busca por um trabalho estável foi atribuída à influência de amigos, vizinhos ou colegas de trabalho, de acordo com um dos participantes:

Eu prestei o concurso, trabalhava na creche e fiz o concurso porque a minha irmã foi fazer e me inscreveu e eu fiz com ela [...] eu fiz e gostei da ideia, passei e estou aqui (Informação verbal, entrevistado A9).

O fato de buscar um trabalho estável, independente da função, fez com que tais pessoas descobrissem o papel que desempenhariam ao longo do percurso laboral. Embora os entrevistados denominassem “concurso”, eles passaram por um processo seletivo, cuja contratualização era regida pela CLT. Pela Emenda Constitucional 19, de 1998, foram estabelecidas

duas formas de vinculação do servidor público a um órgão de Estado: o regime estatutário e o regime celetista (NOGUEIRA, 2002).

O que difere o regime estatutário do celetista é que o primeiro se enquadra no regime jurídico-administrativo regido pela Lei 8.112/90, com característica própria de Previdência Social e estabilidade, após três anos de exercício efetivo (BRASIL, 1990). O segundo possui regime jurídico privado, segue todas as regras trabalhistas do setor privado e aqueles que o integram recebem o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), ausente no estatutário (EBC, 2015). Em contrapartida, o profissional não possui estabilidade e pode ser desligado de suas funções independentemente do tempo de trabalho.

Ao avaliar o vínculo empregatício de equipes de saúde da rede básica das regiões Sul e Nordeste, Tomasi et al. (2008) observaram que o ingresso por concurso público alcançou mais os trabalhadores das equipes de modelo de atenção tradicional do que no Programa de Saúde Família², tanto no Sul quanto no Nordeste. O vínculo de trabalho tipicamente precário estava presente em 38% dos trabalhadores da atenção básica, com maior significância no Nordeste. Em tais condições, os empregadores deixavam de pagar os encargos sociais sob sua responsabilidade e não recolhiam o que seria descontado de seus empregados, não assegurando aos mesmos direitos como férias, FGTS, licença, décimo-terceiro salário e aposentadoria (NOGUEIRA, 2002). Observou-se, na segunda maneira de aproximação, um engajamento em fóruns de representação social, como participação em reuniões do Orçamento Parti-

2 O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994 e, no ano de 2004, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

cipativo (OP)³ e prestação de serviços à Comunidade vinculados a Organizações Não Governamentais (ONG), nas áreas de Educação e Assistência Social na Comunidade.

Aliadas ao engajamento em fóruns, buscando melhorias para a comunidade, em uma entrevista, foram relatadas ações de participação em mutirão e a preocupação com as condições sanitárias:

A gente ia desentupir o bueiro, o pessoal ia de pé no chão. Eu digo: “olha, tu podes pegar Leptospirose. Vamos arrumar uma bota de borracha para tu colocares”. Esse cuidado a gente tinha muito (Informação verbal, entrevistado A8).

Em estudo sobre o perfil social dos ACS, em Juiz de Fora/MG, foi observado que, em relação à participação social, em locais de representação que buscavam melhorias para as condições de saúde, ela apresentou um percentual discreto, em torno de 20%. Os autores chamam a atenção para a capacidade de liderança comunitária como uma característica importante das pessoas que desenvolverão atividades profissionais como ACS (SILVA; SANTOS, 2003).

A aproximação de alguns ACS, já profissionais na área da saúde, ocorreu pela sua necessidade de ter um emprego. Uma das participantes justificou sua escolha, pois trabalhou muitos anos em um hospital e, por falta de qualificação como técnico de enfermagem, foi desligada do trabalho. Foram relatadas, também, pelas demais participantes, as dificuldades em en-

3 As reuniões do OP visavam ampliar e aprimorar o debate entre as prioridades elencadas pelo governo municipal e a população; tal estratégia teve início em Porto Alegre, no ano de 1989. Este pioneirismo em participação popular visava descentralizar as decisões e atribuir à população organizada a eleição de prioridade para uso dos recursos financeiros estatais (PORTO ALEGRE, 2016).

contrar emprego, pela idade avançada e pela inexperiência na área de formação ou pouca qualificação:

Eu fiz o concurso porque eu precisava urgentemente de um emprego, que eu não estava conseguindo nada [...] como eu só tenho alguns anos [de trabalho], para eu conseguir emprego, estava difícil, e então eu me grudei no concurso (Informação verbal, entrevistado A24).

Para Silva e Santos (2003), a vinculação entre a área da saúde e o trabalho como ACS pode ser justificada pela insuficiência, ou mesmo, pela escassez de mercado de trabalho para todas essas profissões. Alertam, no entanto, para o fato de considerarem tais atuações para obter aproveitamento da força de trabalho em situações mais específicas, como nas práticas educativas.

Ao buscar conhecer as formas de contratação traduzidas nos vínculos trabalhistas dos ACS, reconstituiu-se a trajetória da ESF, em Porto Alegre, cujo início ocorreu no ano de 1996.

Nos primeiros quatro anos, segundo o relato de uma participante da pesquisa, o empregador dos profissionais das equipes era o presidente da associação local dos moradores. Com sucessivos atrasos no pagamento dos salários, os trabalhadores iniciaram um movimento para rever a forma de contratação. Liderados por uma médica, exigiam, junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), maior transparência no uso dos recursos financeiros e humanos. A partir dessas reivindicações, a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Faurgs) passou a ser a contratante responsável pelos trabalhadores, no período de 2000 a 2007. Parte dos ACS participantes da pesquisa (36%) iniciaram suas atividades nesse período. Em relação a esse tempo, recordaram que havia maior suporte ao trabalhador, tanto em relação à

ocorrência regular de capacitações como às condições para desempenhar um bom trabalho com a comunidade:

No tempo da Faurgs, eles davam mais confiança de trabalhar e te davam mais segurança. Aqui, no IMESF, a gente não tem segurança (Informação verbal, entrevistado A22).

Contudo, no ano de 2007, o Ministério Público Federal recomendou à prefeitura o não pagamento da taxa de administração (no valor de 10% do contrato), culminando no rompimento com a Faurgs. A partir disso, abriu-se a possibilidade de contratação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), denominada de *Instituto Sollus*, com sede em São Paulo, que se tornou responsável por gerenciar os recursos materiais e humanos para as ESF, exceto os ACS. Por este motivo, estes trabalhadores foram mantidos por contratação temporária pela Secretaria Municipal de Administração. Neste período, o *Instituto Sollus* teve seu termo de parceria impugnado pelo Tribunal de Contas do Estado (PORTO ALEGRE, 2010b).

Para os ACS, tal forma de contrato foi a mesma de “estagiários”, pois, neste período, os direitos trabalhistas não foram assegurados, como, por exemplo, o não pagamento da contribuição previdenciária, prejudicando, assim, aqueles que encaminharam pedido de aposentadoria:

E agora, quando eu fui me aposentar, teve esses quatro anos que eu fui descontada, porque eles não depositaram meu fundo de garantia e deu problemas. Então, eu fui prejudicada por um vínculo empregatício que pouco respeitava, não só a mim, como a todos da categoria (Informação verbal, entrevistado A11).

Em março 2009, a SMS identificou irregularidades na prestação de contas do *Instituto Sollus* e enviou tais documentos ao Ministério Público Estadual. Conseqüentemente, a prefeitura suspendeu o repasse de valores à OSCIP que não se destinassem à folha de pagamento, encargos sociais, provisões de demissões e despesas de pessoal administrativo (PORTO ALEGRE, 2010b).

Passados dois meses, em maio de 2009, a SMS realizou uma auditoria interna para averiguar todas as contas do *Instituto Sollus* e encontrou mais irregularidades nas notas fiscais.

O município de Porto Alegre entrou com uma ação civil pública pedindo intervenção judicial no Instituto. O Ministério Público autorizou. Contudo, o judiciário não atendeu o pedido e a prefeitura recorreu ao Tribunal de Justiça. O julgamento aconteceu sete meses mais tarde, em dezembro. No entanto, a partir de agosto, os recursos materiais e humanos gerenciados pelo *Sollus* passaram para o Instituto de Cardiologia por meio da sua Fundação Universitária de Cardiologia (IC-FUC), acompanhado pelo Ministério Público do Trabalho (PORTO ALEGRE, 2010b).

No ano de 2011, ocorreu a transição dos recursos humanos gerenciados do IC-FUC para o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), criado pela SMS de Porto Alegre. Por meio de processo seletivo, trabalhadores, que não obtiveram aprovação na seleção realizada, foram demitidos e novos assumiram suas atividades nas ESF. Naquele momento, apenas os ACS foram mantidos em seus cargos sem a necessidade de se submeterem à nova seleção (PORTO ALEGRE, 2010b).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre manifestou sua posição contrária, publicamente, sobre o Projeto de Lei 053/10, de criação do IMESF, alegando o paralelis-

mo da rede de atenção à saúde, por não otimizar as estruturas existentes da AB e não viabilizar a migração dos trabalhadores para as ESF. Foi ressaltada, ainda, a dificuldade em gerenciar trabalhadores com diferentes vínculos, municipais e terceirizados, por exemplo, constituindo um *nó crítico* para a gestão do SUS e aprofundando a segmentação da força de trabalho, com diferenças, tanto salariais, como de estímulos ao crescimento e aperfeiçoamento profissional (PORTO ALEGRE, 2010a).

Em 2016, a maioria dos ACS era vinculada ao IMESF, mas, entre os participantes da pesquisa, apenas 24% realizaram o processo seletivo quando o IMESF passou a ser a empresa contratante. Em junho de 2013, o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul julgou inconstitucional a lei municipal que criou o IMESF, alegando que a prestação dos serviços de saúde é um dever do município, vetando sua transferência integral a entidades privadas, as quais poderiam participar do sistema de saúde de forma complementar, porém não exclusiva, violando normas constitucionais.

As dúvidas em relação à legitimidade do IMESF geraram descontentamentos e incertezas na manutenção do trabalho:

Ah! Tu não tens aquela segurança! Eu sou um funcionário público, a única coisa que eu sei é que eu tenho estabilidade para não me mandarem embora, mas esse negócio de fica aqui, fica ali, e fica lá e fica acolá, desestimula, te deixa sem norte. Hoje, eu estou no IMESF, amanhã se o IMESF fechar, eu vou para onde? Volto de novo como estagiário? (Informação verbal, entrevistado A22).

As mudanças na forma de contratação dos profissionais das ESF e utilização dos recursos financeiros de maneira geral, ao longo da história, em Porto Alegre, geravam – e, talvez, continuem

gerando – um clima de instabilidade, prejudicando os projetos de vida dos trabalhadores e sua implicação com o cotidiano de trabalho. Além disso, pode ter sido impeditivo para uma melhor adequação da infraestrutura das unidades de saúde.

Outra forma de contrato dos ACS ainda presente no município de Porto Alegre é a vinculação a hospitais filantrópicos, o que foi expresso por duas agentes como vantagem e desvantagem em relação ao restante da categoria que atua nas demais unidades de saúde. A vantagem ocorre, especialmente, pela presença de um auxiliar administrativo e a desvantagem fica por conta de possuírem um salário inferior aos dos colegas.

As (des)motivações do agente comunitário de saúde para o trabalho

As motivações iniciais apresentadas pelos ACS para o trabalho foram a perspectiva de manterem-se próximos de casa, a possibilidade de ficarem mais próximos dos filhos, terem um emprego remunerado, trabalharem em horário comercial e não dependerem de transporte público, como explicitado a seguir:

[...] pelo fato de ser mais perto da casa também facilita... eu tenho filho, pode ir de manhã para escola e pode ficar em casa sozinho, posso ir de vez em quando dar uma regulada nele, ver como ele está [...] então me facilitou praticamente 100% (Informação verbal, entrevistado A2).

A motivação para manter-se no trabalho, no entanto, adveio da possibilidade de ajudar as pessoas, referida por 56% dos ACS:

Porque eu acredito que no dia a dia tu estás sempre querendo alguma coisa nova, sempre estás vendo algo que tu podes ajudar mais... e é gratificante tu poder ver quanto bem tu estás fazendo para comunidade. A gente vê aqui hoje como eles estão bem cuidados... (Informação verbal, entrevistado A13).

Percebeu-se, no entanto, que esta relação, entre ACS e as pessoas que acessam o serviço, não é linear. Paradoxalmente, foi apontada a falta do reconhecimento ao seu trabalho pela população, sendo exemplificado pela situação de acompanhamento periódico de beneficiárias de políticas redistributivas, como bolsa-família e seus dependentes que necessitam de alguns indicadores como a aferição do peso. Em muitas situações, estas mulheres demoram em acessar o serviço de saúde, mesmo com os insistentes lembretes de tal compromisso pelas agentes. Em situações extremas, o benefício é interrompido. No entanto, assim que regularizam as informações e voltam a recebê-lo, elas demonstram gratidão e reconhecimento ao trabalho do ACS.

Outra situação que denota falta de consideração é quando as pessoas vão até suas casas, no horário de descanso, para obterem informações sobre o funcionamento da ESF ou ainda sobre exames ou medicamentos que necessitam:

[...] eu trabalho aqui há muitos anos e as pessoas acham que eu sou agente de saúde 24 horas! Eu sou agente de saúde de segunda a sexta. A minha casa é a minha casa. Por que as pessoas também acham que tu estás livre 24 horas? (Informação verbal, entrevistado A10).

Para alguns autores (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011; LOPES et al., 2012), a subjetividade da prática entre ACS e

o usuário é intercalada pelo sentimento de frustração e solidariedade, ao mesmo tempo em que há um compromisso na busca do bem-estar do outro, também ocorre um descontentamento pela perda da privacidade.

Mesmo diante destes desafios, foi reiterado o gosto pelo trabalho que desempenham. O maior sentimento de frustração foi revelado quando o ACS não consegue auxiliar uma pessoa, situação que ocorre muitas vezes pela inoperância da rede de saúde, na demora do acesso às consultas especializadas ou ainda da rede protetiva para situações de violência contra crianças e idosos, especialmente:

Às vezes, até mesmo pelo que a gente encontra em certas famílias, coisa que tu não consegues ajudar, então tu ficas frustrada de ver crianças com problemas, familiares que tu tentas ajudar... é bem difícil, mas a gente arruma força e fica porque gosta (Informação verbal, entrevistado A9).

A falta de sintonia entre o que a população demanda e o que o serviço oferece, aliada à ineficiência na retaguarda da rede de saúde, instabiliza a relação de confiança entre o trabalhador e a população, gerando prejuízos ao vínculo estabelecido e conflitos pessoais ao ACS. Para Jardim e Lancman (2009), o sofrimento no trabalho decorre deste conjunto de impossibilidades de prestar um cuidado mais afinado às demandas apresentadas.

Foi mencionado, ainda, que muitas vezes o acompanhamento no domicílio é quase exclusividade dos ACS, pois os demais profissionais habitualmente não realizam visitas domiciliares, sobrecarregando-os e, de certa forma, provocando um sofrimento em relação às possibilidades de intervenção frente às situações de orientação e cuidados, principalmente

nos extremos do ciclo vital, na população infantil e idosa, por exemplo.

A realização de visitas domiciliares configura uma oportunidade para compreensão mais ampla dos processos de adoecimento, incluindo a dimensão social, territorial e familiar, potencializando o trabalho interprofissional e as relações cooperativas entre os trabalhadores. Apesar disso, observou-se dificuldade na organização do processo de trabalho que privilegie tal atividade que, na maioria das vezes, é realizada apenas pelo ACS (CUNHA; SÁ, 2013).

Em contraponto, estudo realizado na Região Metropolitana de Curitiba/PR evidenciou que a maioria dos ACS são acompanhados por um ou mais profissionais da Saúde, semanalmente, durante as visitas domiciliares, reforçando o papel de mediação deste profissional entre a equipe de saúde e a população (DRULLA et al., 2009). A motivação, contudo, está presente em atividades cotidianas, como manter um grupo de caminhada com pessoas idosas e promover passeios em pontos turísticos próximos da área da ESF. Para 30% dos entrevistados, tais atividades colaboram para o bem-estar da população e geram a sensação de dever cumprido. Assim como adentrar na casa das pessoas, escutá-las, conhecer suas histórias e os problemas enfrentados “e, depois de alguns dias, ser agradecida por ter ajudado é o que recompensa e dá motivação para continuar (Informação verbal, entrevistado A1)”.

Os ACS veem nestas possibilidades o significado e motivação para o seu trabalho, aliando habilidades pessoais para ouvir interessadamente e exercitando a aproximação das demandas percebidas com a oferta da ESF:

A motivação para mim, que eu vejo é que é tudo muito carente, muito deficitário, mas eu procuro fazer a

minha parte, algum pouquinho a gente vai plantando. Então, uma orientação aqui, um convite para ir ao posto, vir fazer um citopatológico, uma mamografia, olhar uma receita, procurar mostrar que o posto está tentando melhorar, que tem o acolhimento (Informação verbal, entrevistado A19).

A motivação também foi manifestada pelo entendimento do papel exercido pelo ACS como mediador entre a comunidade e a equipe da ESF, pois ele oferece meios para que os profissionais conheçam melhor as condições de vida das pessoas e sua relação com o processo saúde-doença. Foi exemplificada tal situação da seguinte maneira:

[...] não é como antigamente que a gente, para chegar no médico, era só aquela ficha marcada, tu chegavas e o médico não sabia nada da tua vida. Só se viesse dois, três anos seguidos para ele te reconhecer. Hoje em dia, não. A enfermeira sai na comunidade com a gente e eles já: “Ah, enfermeira vem cá...” tem toda aquela intimidade e eles não tem a vergonha de expor o problema deles. É diferente de tu chegares no consultório e tu não conheceres a pessoa e teres medo de se expor. Acho que isso facilitou bastante e me motiva a continuar (Informação verbal, entrevistado A4).

A desmotivação esteve presente nos depoimentos dos ACS tanto nas discussões coletivas, como nas entrevistas individuais, e as principais razões foram a constante falta de medicamentos e materiais para o cotidiano de trabalho, como aqueles utilizados em atividades de educação e saúde.

O trabalho em equipe foi mencionando como desmotivador por 24% dos ACS, especialmente no que se refere ao

respeito e reconhecimento à sua atuação, devido às relações hierárquicas bem marcadas e à alta rotatividade de profissionais, principalmente dos enfermeiros. Brand, Antunes e Fontana (2010) corroboram em seu estudo, que foi desenvolvido no interior do Rio Grande do Sul, quando afirmam que as dificuldades apontadas pelos agentes se referiam à constante falta de materiais para a realização adequada e segura de suas ações, assim como pela falta de reconhecimento e respeito ao seu trabalho pela equipe de saúde. Medeiros et al. (2010) também lembram que a alta rotatividade dos profissionais de nível superior nas ESF é justificada pelo desejo de melhores salários e pela busca de estabilidade por meio de concursos públicos para a profissão.

Os participantes da presente pesquisa enfatizaram como desmotivação ao trabalho o desempenho de atividade no interior da ESF, como, por exemplo, permanecer na recepção, realizar o agendamento de consultas e exames via sistema e o preenchimento do e-SUS⁴. Foi salientado o despreparo de alguns trabalhadores em usar computadores e a ausência de capacitação para seu preenchimento.

Um estudo realizado com profissionais das equipes de ESF, em Florianópolis/SC, demonstrou que metade dos entrevistados não recebeu treinamento para trabalhar com o e-SUS e, por esta inaptidão, subutilizam o Sistema, registrando incorretamente ou de forma imprecisa (PRUNER-MARQUES; CORRÊA; CARTANA, 2015).

Simões (2009) relata que a execução de outras atividades pelos ACS, como ficar na recepção, procurar prontuários,

4 O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) para reestruturar suas informações em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

atender ao telefone, marcar consultas, além de todos os cadastramentos e relatórios, foram consideradas fatores de sobrecarga e estresse ao ACS, especialmente porque estas atividades interferem na realização das visitas domiciliares, diminuindo sua ocorrência. No entanto, há cobrança pelos supervisores para que as informações em saúde sejam geradas a partir desses espaços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar a inserção dos ACS nas ESF, observou-se que a maioria deles já estavam inseridos no território desde o nascimento ou havia pelo menos vinte anos. Mudanças estruturais, como o reassentamento habitacional involuntário, também afetam aos ACS. A crescente violência nos territórios praticada por grupos armados na disputa pelo tráfico de drogas atinge duplamente o ACS, pelas dificuldades em realizar seu trabalho, assim como por testemunhar a morte de diversos jovens com os quais tem laços afetivos.

A procura pela atividade de ACS esteve mais vinculada à necessidade de um trabalho estável. As formas de contratação desses trabalhadores revelaram o paralelismo no vínculo empregatício dos profissionais da ESF em relação à rede básica municipal, o que gerou perda de direitos trabalhistas, pelas diversas trocas de contratante e a alta rotatividade de profissionais.

As motivações para o trabalho, na maioria das vezes, justificaram-se pelo fato de ser próximo de casa e colaborar na conciliação de atividades domésticas, além da possibilidade de ajudar as pessoas, desenvolvendo escuta atenta e ações de promoção da saúde. Paradoxalmente, há o descontentamento pela falta de reconhecimento pela população e equipe de saúde, pelas solicitações da população em horários de descanso e ainda pela inoperância da rede de saúde. A (des)motivação também esteve presente no fato de realizarem atividades no interior da Unidade.

Acredita-se na contribuição do ACS para a consolidação da AB por meio do cumprimento de seus princípios no cotidiano dos serviços. No entanto, reconhece-se a necessidade de efetivas mudanças no processo de trabalho das equipes, bem como na constituição das redes de saúde com vistas a oportunizar uma retaguarda efetiva para a Atenção Básica.

BRAND C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 1, p.40-47, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143/11285>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. [Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 25 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_agente_comunitario_saude.pdf. Acesso em: 25 maio 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. [Brasília, 1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 25 ago. 2018.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface: Comunicação, saúde e educação**, v. 44, n. 17, p.61-73, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2013.v17n44/61-73>. Acesso em: 25 maio 2016.

DRULLA, A. G. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p.667-74, out./dez. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16380/10861>. Acesso em: 20 ago. 2016.

EBC. Agências. **Estatutário ou celetista?: entenda os regimes de contratação no setor público**. 2015. Disponível em: <https://radios.ebc.com.br/tarde-nacional-brasilia/edicao/2015-07/concurseiros-ponto-com-da-mais-dicas-para-quem-esta-de-olho>. Acesso em: 25 maio 2016.

FERREIRA, V. S. C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p.898-906, abr. 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v25n4/21.pdf. Acesso em: 20 ago. 2016.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**,

Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface: Comunicação saúde educação**, v. 13, n. 28, p.123-35, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

LOPES, D. M. Q. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 633-640, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/15.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 873-880, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a19v16s1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, Rio de

Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOGUEIRA, R. P. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **Posição do CMS sobre o Projeto de Lei 053/10, de criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família**. Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde, 2010a. Disponível em: [http://www.astecmpa.com.br/arquivos/site/documentos_/CMS_posição PL 053.doc](http://www.astecmpa.com.br/arquivos/site/documentos_/CMS_posição_PL_053.doc). Acesso em: 8 jun. 2016.

356

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Orçamento participativo**. [Porto Alegre, 2016]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/op/default.php>. Acesso em: 18 maio 2016.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Programa Integrado Socioambiental**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smgae/default.php?p_secao=45. Acesso em: 3 jun. 2016.

PORTO ALEGRE. Procuradoria Geral. **Cronologia dos fatos caso Sollus**. 2010b. Disponível em: <https://www.slideserve.com/mead/procuradoria-geral-do-munic-pio-de-porto-alegre>. Acesso em: 7 jun. 2016.

PRUNER-MARQUES, L.; CORRÊA, T.; CARTANA M. H. F. Utilização dos sistemas de informação na atenção primária à

saúde: um estudo de caso. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, v. 14, p.81-102, jul. 2015. Disponível em: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/2112/2095>. Acesso em: 3 jun. 2016.

ROLNIK, R. **Como atuar em projetos que envolvem despejos e remoções? Relatoria especial da ONU**. [2011]. Disponível em: https://raquelrolnik.files.wordpress.com/2011/01/guia_remocoes_rev20111.pdf. Acesso em: 3 jun. 2016.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. Porto: Edições Afrontamento: 2006.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 52-57, 2011.

SILVA, M. H.; SANTOS M. R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Revista APS**, v. 6, n. 2, p.70-76, jul./dez. 2003. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Pesquisa2.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016.

SIMÕES, A. R. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Rev. Saúde Públ.**, v. 2, n. 1, p.6-21, jan. 2009.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 96-109, jan./mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.N1>. Disponível em: <http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1020/580>. Acesso em: 3 jun. 2016.

TOMASI E. *et al.* Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p.193-201, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>.
Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>.
Acesso em: 3 jun. 2016.

Gestão do trabalho nos centros de especialidades odontológicas do Brasil

Josevan de Souza-Silva | josevann13@hotmail.com

Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Cindy Avani Silva Ceissler | cindyceissler@gmail.com

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Nilcema Figueiredo | nilcelma@uol.com.br

Dra. em Odontologia em Saúde Coletiva; profa. associada de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco

A Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) é tema de diversos estudos, sobretudo nas últimas duas décadas (SANTINI et al., 2017), sendo classificada por Paim (1994) como lugar de problemas crônicos e desafios agudos, haja vista a complexidade das atividades laborais e a dificuldade das forças políticas em atender às reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária. Tais proposições ganharam expressão na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) no ano de 1986, e nas I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), nos anos 1986 e 1993, respectivamente.

Durante esses eventos, houve gradativo amadurecimento da nomenclatura do “pessoal da saúde”, bem como uma evolução no conceito de gestão do trabalho e de pessoas, não sendo mais restrito ao “Recurso Humano” (RH). Houve expansão do debate nos diferentes níveis de governo, dando-se ênfase a diversos temas, tais como contratação de trabalhadores e trabalhadoras, capacitação e formação, avaliação, remuneração, condições de trabalho, regulação das relações sociais de trabalho e gestão do processo de trabalho.

No decorrer das CNRHS, algumas reivindicações foram pautadas: isonomia salarial em cada esfera do governo; criação da Carreira Interfederativa; proibição de remuneração baseada na produtividade; valorização da dedicação exclusiva; redução dos cargos de livre provimento (cargos de confiança); garantia de que os planos de cargos, carreiras e salá-

rios (PCCS) assegurassem que funções gerenciais e técnicas fossem ocupadas preferencialmente por funcionários de carreira, com qualificação específica para o exercício da função; garantia de pleno direito de sindicalização e greve; garantia de condições dignas de trabalho, técnicas e operacionais a todos os profissionais de saúde e uma política de saúde ocupacional efetiva (PAIM, 1994). Contudo, após quase trinta anos, pouco se tem avançado nessas pautas (NARVAI, 2017).

Convergindo, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) em 2003 pelo Ministério da Saúde (MS) é considerada um avanço por trazer essas discussões ao âmbito institucional, destacando o papel do trabalhador como sujeito e agente transformador do seu ambiente e não apenas como um “recurso” (SANTINI et al., 2017).

Em 2004, foi criado, por meio da Portaria Nº 2.692 do MS, o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Dentre alguns objetivos, destacam-se o monitoramento das formas de substituição do trabalho precarizado e a elaboração de diretrizes para os PCCS no SUS (RIZZO; LACAZ, 2017).

Os PCCS são instrumentos de ordenação do trabalho, devendo ser incorporados em cada nível de gestão do SUS (VIEIRA et al., 2017). Pode ser ainda considerada um instrumento de gestão do trabalho que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições (CASTRO, 2012) ou, em sentido mais amplo, como uma potente ferramenta de gestão, particularmente quando agrega outros subsídios, como a gratificação, a avaliação e a progressão por qualificação (RIZZO; LACAZ, 2017; VIEIRA et al., 2017). Apesar da institucionalização desse programa e das diversas CNRHS (que já apontavam para implantação de PCCS), poucos avanços foram encontrados e poucas reinvin-

dicações foram atendidas, sobretudo no que tange à Carreira Interfederativa do SUS (NARVAI, 2017).

Em linhas gerais, a Carreira Interfederativa no SUS se trata de uma forma de organizar a Força de Trabalho em Saúde através do ente Federal com salário único para cada esfera de qualificação em consonância com um PCCS também nacional, ao exemplo do modelo de carreira única do setor judiciário. Apesar de uma proposição antiga no Movimento de Reforma Sanitária (SANTINI et al., 2017; PAIM, 2008; PAIM, 1994), são escassos os estudos que avaliem para essa necessidade.

A literatura evidencia análises acerca da força de trabalho no SUS, tanto do cirurgião-dentista (CD) (BLEICHER, 2016; ZANETTI, 2012; BLEICHER, 2011; MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010) quanto dos demais trabalhadores e trabalhadoras da saúde (DAL POZ; PIERANTONI; GIRARD, 2013; PIERANTONI et al., 2012). Estas análises, em particular do CD, ocorrem também em âmbito institucional por meio de avaliações, como no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011). Este último avalia os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são estabelecimentos que representam um importante avanço na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente, ao ampliar a oferta de procedimentos odontológicos especializados até então escassa no nosso país (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Quanto aos CEO, estudos evidenciam a insatisfação do CD no exercício do trabalho nesses estabelecimentos, seja por falta de planos de cargos e carreira, seja pela precarização dos vínculos (BLEICHER, 2016; OLIVEIRA et al., 2015; BLEICHER, 2011; OLIVEIRA, 2010).

Considerando os pressupostos apresentados e a ausência de um estudo de abrangência nacional sobre a força de trabalho do CD na Atenção Secundária em Saúde Bucal, faz-se necessário ampliar o debate para desenhar a morfologia da gestão do trabalho nos CEO em diálogo com literatura pertinente. Nesse sentido, esse trabalho se propõe a descrever a Gestão do Trabalho em Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil, a partir dos resultados da Avaliação Externa do 1º ciclo do PMAQ/CEO, por meio da descrição da distribuição geográfica dos profissionais, de aspectos relacionados ao vínculo trabalhista e à existência de PCCS.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do Centro Colaborador de Vigilância em Saúde Bucal da Universidade Federal de Pernambuco (CECOL/UFPE) referentes à Avaliação Externa (AE) do 1º ciclo do PMAQ/CEO.

A coleta de dados ocorreu *in loco*, durante a etapa de AE do Programa, e foi realizada no primeiro semestre de 2014. A população do estudo consistiu de todos os CEO do Brasil. Foram excluídos 54 estabelecimentos (5%) que se encontravam fechados, em reforma, desabilitados pelo MS ou que se recusaram a participar. Totalizaram-se 930 estabelecimentos. Porém, a análise dos dados oriundos da coleta *in loco* aconteceu durante o ano de 2017, quando o MS disponibilizou os dados.

As questões aqui discutidas encontram-se no Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ/CEO (BRASIL, 2011). Foram contempladas perguntas voltadas aos Gerentes referentes ao tipo de vínculo dos profissionais do CEO dando enfoque a as-

pectos como o agente contratante e o mecanismo de ingresso nos postos de trabalho. Também foram verificadas as perguntas referentes aos planos de carreira. Assim, os gerentes indicaram a existência de 8.189 trabalhadores e trabalhadoras da atenção especializada, distribuídos em 930 estabelecimentos, sendo em média 8,8 profissionais por estabelecimento.

As análises estatísticas distribuídas em frequência foram feitas pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 23). Todos os aspectos éticos passaram pelo crivo do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco e obteve aprovação sob o projeto intitulado “Avaliação externa: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ/CEO)” (CAE 23459213.0.0000.5208).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontram-se sistematizados em três seções: a primeira se destinará à distribuição geográfica dos profissionais do CEO; a segunda, à análise e discussão dos dados referentes ao vínculo empregatício do profissional desses estabelecimentos: agente contratante, forma de inserção no serviço público e ao vínculo propriamente dito; a terceira, aos planos de cargos, carreiras e salários e suas principais características.

Distribuição dos profissionais dos CEO

Quanto aos percentuais e quantitativos de CD distribuídos nos estados e regiões do Brasil, observa-se que o Sudeste lidera o número de profissionais (39,72%) e São Paulo concentra

praticamente a metade desses CD (20,17%). Em contraste, a região Norte tem o menor número de profissionais (6,81%), destacando-se Acre (0,11%) e Roraima (0,06%), conforme a Tabela 1.

Esses achados convergem com os estudos de Morita, Haddad e Araújo (2010) que analisaram o perfil e as tendências de trabalho do CD, encontrando que a maioria dos trabalhadores e trabalhadoras com formação em odontologia estão concentrados na região Sudeste, em especial no estado de São Paulo (33%). Além disso, esta região possui a melhor relação CD/população, com um profissional para cada 601 pessoas (1/601). No oposto, a região Norte possui a pior relação: 1/1800. Nota-se, portanto, uma má distribuição nacional dos profissionais dos CEO, logo, dos próprios CEO.

Tabela 1 - Quantitativo de profissionais e de estabelecimentos CEO distribuídos por estados e regiões do Brasil (2017)

	Quantitativo de Profissionais		Quantitativo de CEO	
	n	%	n	%
Acre	9	0,11	2	0,22
Amapá	62	0,76	3	0,32
Amazonas	80	0,98	11	1,18
Pará	267	3,26	28	3,01
Rondônia	59	0,72	7	0,75
Roraima	5	0,06	1	0,11
Tocantins	76	0,93	7	0,75
Região Norte	558	6,81	59	6,34
Alagoas	164	2,00	22	2,37
Bahia	496	6,06	74	7,96
Ceará	689	8,41	79	8,49
Maranhão	188	2,30	26	2,80

Paraíba	386	4,71	53	5,70
Pernambuco	335	4,09	40	4,30
Piauí	184	2,25	28	3,01
Rio Grande do Norte	188	2,30	23	2,47
Sergipe	109	1,33	10	1,08
Região Nordeste	2739	33,45	355	38,17
Distrito Federal	91	1,11	9	0,97
Goiás	278	3,39	28	3,01
Mato Grosso do Sul	163	1,99	15	1,61
Mato Grosso	83	1,01	10	1,08
Região Centro-Oeste	615	7,51	62	6,67
Espírito Santo	78	0,95	9	0,97
Minas Gerais	790	9,65	83	8,92
Rio de Janeiro	733	8,95	66	7,10
São Paulo	1652	20,17	179	19,25
Região Sudeste	3253	39,72	337	36,24
Paraná	491	6,00	49	5,27
Rio Grande do Sul	175	2,14	25	2,69
Santa Catarina	358	4,37	43	4,62
Região Sul	1024	12,51	117	12,58
Brasil	8189	100,00	930	100,00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ/CEO (2017)

Apesar da literatura evidenciar que o crescimento do número de CEO aconteceu de forma desordenada, sem uma regulação nacional (SILVA et al., 2013), alguns autores consideram que a distribuição dos CEO no Brasil foi orientada a partir do princípio da equidade (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Fortuna (2011) afirma que não houve um planejamento na oferta de CEO e de seu fluxo na rede de atenção por

parte dos estados. Desta forma, aponta para um problema na PNSB e pondera que se deve considerar a grande dimensão do território brasileiro e reconhecer que ainda há muito por fazer. Contudo, deve-se existir uma melhor distribuição do serviço especializado nas diferentes regiões do país para que os estabelecimentos de saúde bucal sejam ofertados de forma mais equilibrada.

Por fim, nota-se um desequilíbrio regional na distribuição dos profissionais, principalmente representados pelos contrastes entre a região Norte e Sudeste. Sendo assim, deve-se aprofundar os estudos com objetivo de desenhar melhor a distribuição dos profissionais, dos estabelecimentos e dos tipos de CEO e suas relações entre si. Sobretudo, analisar o papel dos atores políticos envolvidos nas decisões e na criação de critérios para implantação dos CEO.

Vínculo dos profissionais do CEO

Quanto aos agentes contratantes, nota-se que a maioria das contratações dos profissionais do CEO é feita pela administração direta em todas as regiões do Brasil, conforme Tabela 2. Entretanto, outras formas de contratação de caráter flexível também são evidenciadas. Observa-se que o Nordeste é a região com menor percentual de contratação pela administração direta, estando abaixo da média brasileira. Em contraponto, o Norte apresenta os melhores resultados, apesar de possuir o menor número de profissionais – Tabela 1.

Tabela 2 - Agente contratante dos profissionais do CEO do Brasil por região (2017)

Agente contratante		Região					Brasil
		Centro-oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	
Administração direta	n	516	524	1930	780	2799	6549
	%	83,90	93,91	70,46	76,17	86,04	79,97
Consórcio intermunicipal de direito público	n	0	2	330	45	12	389
	%	0,00	0,36	12,05	4,39	0,37	4,75
Consórcio intermunicipal de direito privado	n	0	0	0	11	5	16
	%	0,00	0,00	0,00	1,07	0,15	0,20
Fundação pública de direito público	n	96	2	2	54	123	277
	%	15,61	0,36	0,07	5,27	3,78	3,38
Fundação pública de direito privado	n	0	1	27	0	14	42
	%	0,00	0,18	0,99	0,00	0,43	0,51
Organização social (OS)	n	0	0	8	0	120	128
	%	0,00	0,00	0,29	0,00	3,69	1,56
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	n	0	0	0	12	26	38
	%	0,00	0,00	0,00	1,17	0,80	0,46
Entidade filantrópica	n	0	0	4	6	46	56
	%	0,00	0,00	0,15	0,59	1,41	0,68
Organização não governamental (ONG)	n	0	0	0	0	0	0
	%	0	0	0	0	0	0,00
Empresa	n	0	1	25	44	20	90
	%	0,00	0,18	0,91	4,30	0,61	1,10

Cooperativa	n	0	3	75	12	12	102
	%	0,00	0,54	2,74	1,17	0,37	1,25
Outro(s)	n	3	25	338	60	76	502
	%	0,49	4,48	12,34	5,86	2,34	6,13
Total	n	615	558	2739	1024	3253	8189
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ/CEO (2017)

Ante o exposto, apesar dos percentuais baixos da contratação via outros agentes que não sejam o estado, alerta-se para possíveis agravos, já que este pode ser uma via flexível, podendo resultar em *Terceirização* dos vínculos de trabalho nos CEO. A literatura evidencia que essas formas de gestão possuem liberdade jurídica para flexibilizarem os vínculos de trabalho, o que pode refletir na não garantia de ingresso via concurso público (causando instabilidade e rotatividade), na ausência na contribuição com fundo previdenciário (com a dificuldade em garantir licenças médicas), e, em alguns casos, na omissão do pagamento de direitos trabalhistas já consolidados, como, por exemplo, o 13º salário e horas extras (SANTINI et al., 2017).

Sobre as Terceirizações em saúde, Narvai (2017, p. 1) explica que elas

[...] aparecem como uma espécie de “puxadinho” administrativo, uma solução precária para um grave problema estrutural que precisa ser enfrentado por gestores e trabalhadores do SUS. Ademais, em número crescente de situações, algumas organizações sociais (OS) se transformam em meras “atravessadoras” de recursos públicos entre secretarias municipais de saúde (SMS) e os trabalhadores do SUS. São empresas

que nada têm de social e que operam nesse “mercado de direitos sociais” com o padrão que caracteriza as piores empresas terceirizadas. Estão em busca de lucro fácil e dispostas a superexplorar trabalhadores. Após sair do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, o “dinheiro do SUS” passeia, desnecessariamente, por muitos cofres até chegar às contas-salário dos trabalhadores da saúde”.

Por se comporem a partir desse modelo jurídico flexível, as relações entre o público e privado na gestão dos serviços de saúde tornam-se cada dia mais complexas e menos óbvias, necessitando de estudos que analisem melhor essa “caixa preta”, já que é necessário o desvendamento da lógica de acumulação do sistema privado de saúde, lucrativo e não-lucrativo, que emerge dessa articulação com o SUS (COHN, 2010).

Albuquerque, Morais e Praciano-Lima (2015), em estudo que analisou a arena de disputa entre os interesses públicos e privados no SUS numa capital do Nordeste, apontam que os serviços terceirizados atendem principalmente aos interesses privados, assim, nada mais é do que a vitória do setor privado na disputa pelos fundos públicos, beneficiando a acumulação de capital privado.

De forma geral, no Brasil, o mecanismo de ingresso dos profissionais nos CEO se dá por meio de concurso público. A distribuição das frequências por região do país, como mostra a Tabela 3, demonstra que no Sudeste a maioria da força de trabalho é inserida via concurso público (81,15%). O Nordeste detém o maior percentual de contratação via seleção pública – que é uma forma flexível se comparada com a primeira – que origina vínculos por tempo determinado, portanto instáveis e conseqüentemente precários.

Tabela 3 - Mecanismo de ingresso dos profissionais dos CEO do Brasil por região (2017)

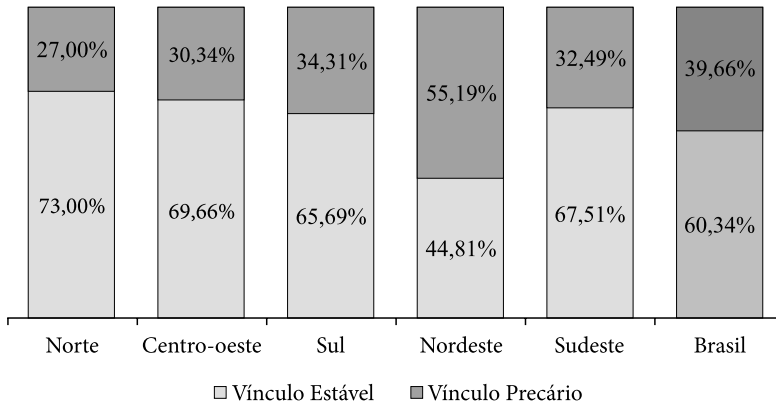
	Concurso público		Seleção pública		Outro(s)		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Centro-Oeste	431	69,85	75	12,16	111	17,99	617	100,00
Norte	411	71,85	40	6,99	121	21,15	572	100,00
Nordeste	1202	44,82	558	20,81	922	34,38	2682	100,00
Sul	791	74,76	105	9,92	162	15,31	1058	100,00
Sudeste	2678	81,15	288	8,73	334	10,12	3300	100,00
Brasil	5513	99	1066	12,95	1650	20,05	5513	66,99

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ/CEO (2017)

Oliveira et al. (2015), em uma pesquisa que analisou os CEO de alto e baixo desempenho de produção do Brasil, observaram que, na região Nordeste, apenas 25,9% dos dentistas ingressaram por concurso público; em contrapartida, na região Sudeste, esse número se elevou para 73,8%. Desse modo, profissionais inseridos por formas flexíveis na administração pública demonstram a precarização do trabalho nos CEO (OLIVEIRA et al., 2015; ANTUNES; DRUCK, 2014; OLIVEIRA, 2010).

Em relação ao tipo de vínculo, consideram-se como estáveis aqueles que são exclusivamente oriundos de Regime Jurídico Único (RJU), ou seja, por concurso público, com deveres e direitos mais robustos e estáveis; já os vínculos precários são aqueles originados de contratos verbais, cargos de comissão, autônomos, contratos temporários, CLT e outros. Assim, os vínculos precários são necessariamente instáveis (DRUCK, 2016; OLIVEIRA et al., 2015; ANTUNES, 2011). No Brasil, observa-se o predomínio do vínculo estável, excetuando-se a região Nordeste – Gráfico 1.

Gráfico 1 - Tipo de vínculo dos profissionais dos CEO do Brasil (2017)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ/CEO (2017)

O predomínio de vínculos precários no Nordeste (55,19%) se assemelha aos achados de Oliveira et al. (2015), cujo estudo indicou a precarização em 67,6% dos profissionais da mesma região. Em contraponto, o Norte continua sendo a região que menos apresenta vínculos precários (27%), corroborando os achados do mesmo estudo. Todavia, observa-se um crescimento nas regiões Sul e Sudeste e uma semelhança no percentual dos vínculos precários no Brasil (39%), quando comparados com os resultados de Oliveira et al. (2015). Ainda assim, nota-se o aprofundamento das relações flexíveis de trabalho em regiões consideradas “prósperas”.

Estudos em outros níveis de atenção e em outros equipamentos de saúde apresentaram resultados convergentes sobre os vínculos de trabalho. Marsiglia (2011) observou que 77% dos trabalhadores vinculados às Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo tinham vínculos instáveis. Em outro estudo, no Ceará, notou-se que todas as categorias profissionais contidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

estavam inseridas via flexibilização dos contratos de trabalho por meio de cooperativas, bolsas de trabalho, estágios remunerados e CLT.

Quanto aos trabalhadores da Saúde Bucal, pesquisas evidenciam a situação da flexibilização e precarização do trabalho do CD. Tomasi et al. (2008), em estudo no Sul e no Nordeste do Brasil, encontraram que 38% dos CD trabalhadores da Atenção Básica tinham vínculo tipicamente precário; no Nordeste esse percentual foi de 42%. Já Lourenço et al. (2009), ao investigarem todos os municípios de Minas Gerais, 50,9% relataram contratar os CD por formas precárias diversas, como: indicação política, terceirização, contrato temporário, contrato de prestação de serviço e licitações. Martelli et al. (2010), ao analisar o tipo de vínculo do CD no estado de Pernambuco, concluíram que 62% dos CD são inseridos com vínculo irregular.

Assim, como salientaram Antunes e Druck (2014), a instabilidade parece deixar de ser exceção para progressivamente se tornar a regra, e a precarização passa a ser o centro da dinâmica do capitalismo flexível. Essa precarização, contudo, não se apresenta isolada, haja vista que é consequência da flexibilização dos vínculos de trabalho, oriunda da crise estrutural do capitalismo. Essa crise deixa, portanto, de ser cíclica e passa a ser estrutural, não mais ligada a um ramo, mas sim a todos os setores da sociedade, sejam eles fábricas, serviços, indústrias, dentre outros (OLIVEIRA et al., 2015; ANTUNES, 2011; LESSA, 2007). Assim, a saúde bucal e seus profissionais não ficam imunes dessas mudanças, pois sofrem os mesmos impactos, em particular, da flexibilização do vínculo de seus trabalhadores.

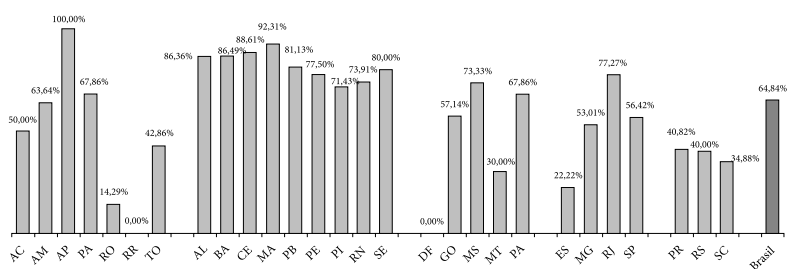
Por fim, as condições precárias de trabalho no setor constituem causa de insatisfação e diminuição do compromisso

público, de baixa autoestima e da descontinuidade na prestação de ações de saúde. Assiste-se, hoje, a um processo de legitimação social e científica da precariedade, por vezes avaliada de forma positiva e, em outras, apresentada como inelutável, fatal, quase natural.

Planos de cargos, carreiras e salários do CEO

O Gráfico 2 evidencia o percentual de profissionais dos CEO no Brasil que não são contemplados por PCCS. Observa-se que o Nordeste é a região que apresenta o maior número de estados que não possui PCCS.

Gráfico 2 - Panorama nacional da ausência de Planos de Carreira dos Profissionais dos CEO do Brasil (2017)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da AE do 1º ciclo PMAQ/CEO (2017)

Desde 1986, na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, os PCCS são pauta de discussões e resultam em proposições claras para a gestão (SANTINI et al., 2017; NARVAI, 2017; PAIM, 2008), muito embora, com exceção do DesprecarizaSUS nenhuma ação concreta aconteceu por parte dos entes governamentais. Costa et al. (2010) consideram que as ações do Programa DesprecarizaSUS são importantes para o

processo de trabalho do CD, mas insuficientes para mudar a realidade dos serviços, uma vez que não foi possível fixar os CD como exclusivos nos serviços públicos pela constante falta de valorização deste profissional.

Porém, CD entrevistados por Soares et al. (2013) se consideraram em grande parte insatisfeitos com os PCCS oferecidos pela gestão de uma cidade de grande porte do Norte do Brasil. Segundo os autores, tendência entre insatisfação e indiferença foram encontradas quando os profissionais foram questionados sobre a fixação dos salários e os níveis de remuneração; já a insatisfação foi identificada quando questionados sobre educação permanente, reconhecimento e treinamentos.

Entretanto, ações pontuais são observadas nos estudos de Lacaz et al. (2010), os quais analisaram o impacto dos PCCS no ato do trabalho de alguns profissionais do SUS de cidades de grande porte de São Paulo, concluindo que os PCCS, apesar das limitações, tiveram um bom impacto na qualidade do trabalho oferecido, sobretudo quando estariam relacionados a adicionais salariais.

É importante desencadear uma discussão sobre até que ponto os PCCS seriam eficazes dentro do contexto de precarização dos vínculos e de contratação de empresas gestoras flexíveis, como OS e OSCIP. Rizzo e Lacaz (2017) salientam que os PCCS podem sinalizar um apoio à desprecarização do SUS, mas se deve considerar as novas formas de contrato de gestão celebradas entre o público e privado e que trabalhadores oriundos do modelo flexível já existem e, portanto, devem ser envolvidos na elaboração destes planos.

Nesse contexto, a Carreira Interfederativa no SUS se apresenta como proposta para minimizar a questão da precarização dentro do sistema. Os relatórios finais das I e II CNRHS

já apontavam para uma carreira única para os trabalhadores da saúde no setor público. Todavia, tal proposta esbarrou primeiramente na Reforma do Estado, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso e, em seguida, nas mudanças no financiamento da gestão de pessoas no SUS via Modelo Tripartite (SANTINI et al., 2017; LACAZ et al., 2010). Apesar do exposto, ações pontuais, como as descritas por Lacaz et al. (2010), também são importantes e podem ser uma via transitória entre o atual cenário e a formação de Carreira Interfederativa no SUS.

Em que pese a existência de duas iniciativas no legislativo para construção de uma Carreira Interfederativa no SUS, porém, ambas foram arquivadas. A primeira delas versava sobre a construção coletiva de uma carreira única Interprofissional, já a segunda criava uma carreira interfederativa apenas da categoria médica, semelhante ao judiciário (SANTINI et al., 2017). Assim, surge o debate em torno dos arranjos político-institucionais e os interesses dos diversos atores envolvidos, o que requer aprofundamento teórico e vigilância do controle social.

Nesse contexto, Narvai (2017, p. 1) contribui para o debate quando afirma que

[...] é preciso intensificar em todo o País a luta pela carreira do SUS delineando-a como um PCCS de abrangência nacional, financiamento tripartite, comando interfederativo, base gerencial regional, administrada por uma secretaria do Ministério da Saúde e com implantação gradual, por adesão dos entes. Tais características justificam-se, pois se o SUS é um sistema único as carreiras não podem ser exclusivamente estaduais ou municipais; os recursos para viabilizar economicamente a carreira devem ser aportados a ela

pelos governos da união, dos estados e dos municípios; a construção e permanente aprimoramento do PCCS requer comando composto por representantes de todos os entes federativos e dos próprios trabalhadores em cada base regional, atualmente definidas em número de 437; e, por fim, que o Ministério da Saúde redimensione sua estrutura para que a pasta possa, efetivamente, assegurar a plena implantação da carreira do SUS, reconhecendo que sem os trabalhadores da saúde não há SUS, mas, mais do que isto, reafirmando o valor do trabalho no serviço público e reiterando que os profissionais de saúde são o bem mais precioso do SUS. Em síntese: invertendo tudo o que predomina hoje, em que os trabalhadores da saúde, convertidos em uma espécie de “anexo problemático” sequer são mencionados em documentos de planejamento ou relacionados com o modelo de atenção. Sem colocar os profissionais de saúde no centro do SUS, por meio de uma carreira interfederativa, única, nacional, nenhum modelo de atenção fará do SUS o projeto civilizatório sonhado para ele por Sérgio Arouca, um dos seus criadores.

Nesse contexto, a discussão sobre o PCCS deve começar pela sua implementação nacional de forma harmônica e única, com progressões institucionalizadas, garantia de educação permanente e, sobretudo, a vigilância ante a precarização do trabalho no SUS. Não obstante, deve-se considerar ainda o papel importante da Força de Trabalho da Saúde, considerando seu enorme potencial; do controle social, já que devem estar atentos e atentas para advogar em favor do SUS, e da academia, que precisa fomentar políticas públicas dentro desse contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se uma grande desigualdade na distribuição geográfica dos profissionais do CEO. Percebe-se o aprofundamento das relações de vínculos precários nos CEO no Brasil nas regiões Sul e Sudeste, muito embora, em nível nacional, os estudos parecem mostrar uma estabilidade percentual nesse tocante.

Como pano de fundo, há a presença incipiente de modelos de gestão flexíveis como as OS e OSCIP, sendo considerada um meio de Terceirização na Saúde. Assim, percebe-se que as mudanças decorrentes da Reforma do Estado, influenciadas pela metamorfose no modo de produção capitalista mundial, em decorrência do modelo toyotista, refletem nos modos de gestão do SUS e da sua força de trabalho.

Apesar de todo o esforço no campo da saúde por parte do Movimento da Reforma Sanitária, que é expresso nas CNS e nas CNRHS, além das iniciativas do DesprecarizaSUS, os PCCS ainda não são uma realidade em grande parte dos municípios e estabelecimentos estudados.

A carreira interfederativa e única no SUS parece ser uma alternativa ao modelo atual, porém, é preciso aprofundar a sua discussão com o escopo de delinear um PCCS de abrangência nacional e com financiamento tripartite e comando interfederativo. Vale ressaltar que tudo isso deve ocorrer sem que se deixe de lado um modelo transitório, que muitas vezes são iniciativas municipais ou estaduais.

Por fim, este trabalho, mesmo tendo abrangência nacional, não teve a finalidade de encerrar o debate sobre o assunto, pelo contrário, reconhece-se que é preciso aprofundar as discussões sobre a temática por meio de estudos internacionais que comprovem o impacto da eficiência dos PCCS nacionais de outros países, como o Canadá, por exemplo. É preciso ain-

da diversificar os métodos de investigação, usando os qualitativos e, quando preciso, a triangulação de métodos nos trabalhadores da atenção especializada odontológica do SUS.

- ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M.; PRACIANO-LIMA, L. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.6, Rio de Janeiro, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1825.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Cortez, 2011.
- ANTUNES, R.; DRUCK G. A epidemia da terceirização. *In*: ANTUNES Ricardo. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014.
- BLEICHER, L. **Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador**. 2011. Tese (Programa de Pós-graduação em Sociologia) – UFBA, Salvador, 2011.
- BLEICHER, L. O dentista e o mercado de trabalho. *In*: CHAVES, Sônia. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: Edufba, 2016.
- BRASIL. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 36, p. 55-56, 22 fev. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/02/2013&jornal=1&pagina=55&totalArquivos=208>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 138, p. 79-80, 20 jul. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/07/2011&jornal=1&pagina=79&totalArquivos=148>. Acesso em: 11 abr. 2019.

CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. **RDisan**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 86-101, mar./jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i1p86-101>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55695/59111>. Acesso em: 11 abr. 2019.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. *In*: AMARANTE, P. **Gestão Pública e relação público e privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

COSTA, A. C. *et al.* Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 9, n. 2, p. 119-123, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v9n2/a06v9n2.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

DAL POZ, M.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. **Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00146315, jun. 2016. Disponível

em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00146315.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p. 259-267, fev. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/04.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

FORTUNA, R. **A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal**: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional. 2011. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

LACAZ, F. A. *et al.* Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/05.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

LESSA, S. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo**. São Paulo: Cortez; 2007.

LOURENÇO, E. C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, supl.1, p.1367-1377, set./out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a09v14s1.pdf>. Acesso em 11 abr. 2019.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica no município de São Paulo: região norte e central da cidade.

Saúde e sociedade, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/900-911/pt>. Acesso em: 11 abr. 2019.

MARTELLI, J. P. L. *et al.* Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3243-3248, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a29v15s2.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010. Disponível em: http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111202125600.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

NARVAI, P. C. **Por uma carreira interfederativa, única e nacional do SUS**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 8 out. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaio/por-uma-carreira-interfederativa-unica-e-nacional-do-sus/31184/>. Acesso em: 11 abr. 2019.

OLIVEIRA, R. S. **Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas**. 2010. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – UFPE, Recife, 2010.

OLIVEIRA, R. S. *et al.* Relações contratuais e perfil dos Cirurgiões-dentistas em Centros de Especialidades Odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p.792-802, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015128285. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00792.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Edusp, 1994.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: ADUFBA, 2008.

PIERANTONI, C. R. *et al.* **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/23_11_2015__0_miolo_livro_gestao.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.

RIZZO, T. P.; LACAZ, F. A. C. Limites dos planos de cargos, carreiras e salários para desprecarização das relações de trabalho no SUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 399-420, maio/ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00066>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00066.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SANTINI, S. M. *et al.* Dos ‘recursos humanos’ à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. **Trab. educ. saúde** [online], v. 15, n. 2, p.537-559, maio/ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00065>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00065.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SILVA, L. S. *et al.* Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 325-334, abr./jun. 2013. DOI: 10.5123/S1679-49742013000200014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a14.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SOARES, L. A. C. F. *et al.* Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) e motivação dos trabalhadores em saúde: a percepção dos funcionários da secretaria municipal de saúde de Manaus. **Revista de Administração Hospitalar**, v. 10, n.1, p. 61-74, jan./maio, 2013. <https://doi.org/10.21450/rahis.v10i1.2038>. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2038>. Acesso em: 11 abr. 2019.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S193-S201, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s193-s201/pt>. Acesso em: 11 abr. 2019.

VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, jan./mar. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711209. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

ZANETTI, C. H. **Imputações ideológicas**: derivações públicas e privadas do profissionalismo como crença na história da Odontologia brasileira – um ensaio sobre o esvaziamento da ação. Brasília: UnB/ObservaRH/Nesp, 2012. 96 p. (Série Formulação 2). Disponível em: http://observarh.org.br/nesp/upload/arquivos/02_fomulacao.pdf. Acesso em: 11 abr. 2019.



Seminare | 9

**DISQUE
SAÚDE
136**

 Rede ObservaRH | Estação de Trabalho Observatório RH - UFRN

UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

SUS+

MINISTÉRIO DA SAÚDE

 **PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL