

ADEQUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTAS E CONQUISTAS

Adjustment of the professionals of health to family health program: proposals and conquests

Érica Maria Noronha Viana¹, Paulo César Almeida², Nádia Tavares Soares³,
Maria de Fátima Gomes Luna⁴, Geordany Rose Oliveira Viana Esmeraldo⁵

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de traçar um paralelo entre a necessidade de adequação dos profissionais de saúde ao Programa Saúde da Família - PSF, as principais medidas realizadas para alcançar essa adequação e os resultados de algumas propostas de capacitação dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família. O estudo é de natureza bibliográfica e de caráter analítico, constituído com base em levantamento das dissertações, teses e artigos indexados do banco de dados on-line, por meio de pesquisa no sistema Lilacs-SciELO-Bireme, assim como da consulta a documentos oficiais do Ministério da Saúde. A seleção dos artigos obedeceu a critérios como: período de publicação (entre os anos de 2001 a 2007) e pertinência ao tema. Os descritores utilizados foram: recursos humanos em saúde, Programa Saúde da Família e capacitação em serviço. Observou-se grande empenho do Ministério da Saúde em iniciativas que busquem adequação de recursos humanos no PSF, porém há muito que se trabalhar para atingir tal objetivo. Conclui-se pela necessidade de maior investimento na capacitação profissional, visto serem os recursos humanos peças fundamentais para se alcançar uma saúde de qualidade e a real implementação do modelo assistencial preconizado.

PALAVRAS-CHAVE: Recursos Humanos em Saúde. Programa Saúde da Família. Capacitação em serviço.

ABSTRACT

This article has the objective to trace a parallel among the necessity of adequacy of health professionals to the Family Health Program - FHP, the main measures taken to achieve this adequacy and results of some proposals for training of professionals of the top-level teams family health. This study has a bibliographical, analytic nature, constituted from the collection of facts of dissertations, theses, and articles of the data base on-line, by means of research in System-Lilacs-Bireme, as well as from official documents of the State department of Health. The selection of the articles obeyed the criteria of the publication (between 2001-2007), and pertinency to the subject. The descriptors used were human resources in health, Family Health Program and qualification in service. Has been observed a great determination from the department of Health, that search adequacy of human resources to PHF, however has much more work to reach such objectives as the necessity of bigger investments in professional qualification. As we know the human resources are the basic part to reach quality and real implement of the praised assistencial model in health.

KEY WORDS: Process Assessment (Health Care). Single Health System /organization & administration. Health Planning.

¹ Érica Maria Noronha Viana, Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Bolsista FUNCAP. E-mail: ericanoronha01@hotmail.com

² Paulo César Almeida, Prof. Doutor do Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará-UECE.

³ Nádia Tavares Soares, Doutora em Saúde Coletiva e professora do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará.

⁴ Maria de Fátima Gomes Luna, Médica. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Bolsista FUNCAP

⁵ Geordany Rose Oliveira Viana Esmeraldo, Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará-UECE

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), estratégia oficial do Ministério da Saúde desde 1994, para estruturar a assistência à saúde, mediante ampliação da atenção básica, propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes da universalidade da assistência, participação popular, integralidade no cuidado, regionalização no planejamento e descentralizações das ações.¹

Consoante os princípios mencionados, o *modus operandi* do PSF de adscrição da clientela possibilita o vínculo das equipes de saúde da família com a população, o que requer uma relação de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.² Esta maior aproximação exige habilidades extraordinárias dos profissionais que transpõem o saber compartimentalizado.

Conforme defende Gil³, a questão recursos humanos (RH) está intimamente relacionada ao modelo de atenção adotado, ou seja, na vigência de um modelo de atenção baseado nos princípios da promoção da saúde e no fortalecimento da atenção básica, que assume a saúde da família como estratégia prioritária para se alcançar um padrão satisfatório de saúde, fazem-se necessários profissionais de saúde que desenvolvam vínculos com a comunidade.

Segundo Paim⁴, modelo de saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) intermediadas por tecnologia (leves, duras e ou leve-duras) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo objetivo é atuar sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

O atual modelo de atenção à saúde, incorporado principalmente na estratégia saúde da família, adota elementos provenientes de vários modelos (da Medicina preventiva, da saúde comunitária, da saúde coletiva e de promoção da saúde) a fim de assistir a saúde. Observa-se, porém, que o modelo flexneriano ainda consiste num forte paradigma que, apesar de não observado na linguagem verbal e ou escrita do atual modelo de atenção à saúde brasileira, encontra-se fortemente enraizado nas condutas realizadas dentro do sistema, contrapondo-se aos princípios e diretrizes adotados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.⁵

O modelo flexneriano, também conhecido como biomédico ou assistencial-curativista, surgiu do Relatório Flexner, em 1910, nos EUA, e influenciou vários países do mundo ocidental.⁶ Seus princípios baseavam-se no “biologismo” e na especialização. Esse modelo contribuiu bastante para o avanço das ciências da saúde, porém, de certa forma, distanciou a prática médica de uma conduta mais humanizada.

No Brasil, esse modelo de saúde médico-centrado iniciou-se em 1926, quando a assistência médica foi anexada como atribuição das caixas de aposentadoria e pensões-CAPs, dando início ao que viria a ser o modelo assistencial-privatista, atuante aos moldes do modelo flexneriano.⁷ Esta forma de assistência à saúde adquiriu hegemonia, porém a sua prática se tornou inviável, em razão do elevado custo financeiro, da incapacidade de atender à população de forma universal e da não-resolubilidade dos problemas de saúde em geral.

Em 1960, a inserção da Medicina Comunitária fez pensar numa mudança do enfoque em torno do indivíduo para a comunidade, verificando-se um apelo para a participação comunitária na solução de seus problemas de saúde. Durante os anos de 1970, época de vigência do regime militar, apesar da repressão, observou-se a organização de movimentos sociais envolvendo intelectuais, profissionais de saúde e populares, o que deu origem, na década de 80, ao Movimento da Reforma Sanitária, que viria a criticar o modelo médico-assistencial vigente e unir forças para a criação do SUS.

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS, e posterior institucionalização do PSF como política de governo, as diretrizes do modelo assistencial de saúde mudam, porém as adaptações não são imediatas. Encontram-se dificuldades de se implementar, de fato, o PSF no Brasil. Vários motivos justificam essa dificuldade, dentre os quais se destacam: a longa vivência com o modelo biomédico de saúde, tanto no ensino, como nos serviços, a demanda excessiva de usuários, a precarização do trabalho e a escassa capacitação em serviço.

Nos grandes centros urbanos, somados a esses fatores dificultadores mencionados, observa-se que a maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde, particularmente os de média e alta complexidade, constitui barreiras ao acesso e oferta de ações básicas⁸, reflexo direto do modelo assistencial curativo, que minimiza a importância das ações básicas de saúde, quando, na verdade, todos os níveis de atenção à saúde deveriam ser resolutivos, hierárquicos e harmônicos entre si.

Todos esses problemas mencionados para a real implantação do PSF articulam-se com a questão “recursos humanos” e, portanto, esses sujeitos merecem destaque. Franco e Merhy citados por Scherer *et al.*⁵ já mencionavam que, para alterar o modelo assistencial curativo, focalizado no profissional médico, é exigível principalmente atuar nos microprocessos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e edificar novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, objetivando transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde.

O conceito de recursos humanos, segundo a Norma Operacional de Recursos Humanos^{9,15}, é “[...] expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço...”. Já a definição de profissionais de saúde é “aqueles que independentemente de trabalharem ou não no setor saúde detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde.”¹⁰

Assim como vários estudos¹¹⁻¹⁴ se propõem a enriquecer a temática recursos humanos em saúde, este artigo objetiva, por meio de uma revisão bibliográfica sobre capacitação de recursos humanos em saúde, traçar um paralelo entre a necessidade de adequação dos profissionais de saúde ao Programa Saúde da Família - PSF, as principais medidas realizadas para alcançar essa adequação e os resultados de algumas propostas de capacitação dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é de natureza bibliográfica e de caráter analítico, constituído, principalmente, com suporte no levantamento de dissertações, teses e artigos indexados do banco de dados “on-line”, por meio de pesquisa no sistema Lilacs-SciELO-Bireme, assim como da consulta a textos do Ministério da Saúde. A seleção dos artigos obedeceu a critérios como: período de publicação (entre os anos de 2001 a 2007) e pertinência ao tema. Os descritores utilizados foram: recursos humanos em saúde, PSF e formação e capacitação em saúde. Os periódicos dos quais foram extraídos os artigos estão inclusos na área de avaliação de Saúde Coletiva, Medicina e Enfermagem da CAPES. Foram selecionados 15 artigos e uma tese, totalizando 16 textos do banco de dados on-line, mais oito documentos do Ministério da Saúde sobre o assunto abordado. O material bibliográfico foi submetido à leitura criteriosa, fichamento, comparação e avaliação quanto ao seu contributo para o objetivo do estudo. Como resultados da revisão de literatura, foram criadas as categorias de análise: adequação dos profissionais de saúde ao PSF e as principais medidas para alcançá-la e o alcance de algumas das propostas de capacitação dos profissionais de saúde de nível superior do PSF.

Necessidade de adequação dos profissionais de saúde ao PSF e as principais medidas para alcançá-la

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF destaca as ações de proteção e promoção da saúde das pessoas e da família

como medidas primordiais, propondo às equipes do PSF o conhecimento da população adscrita à sua área de cobertura, assim como da realidade local e dos problemas que mais acometem estes indivíduos e pressupondo a elaboração de um diagnóstico situacional e posterior planejamento em ações locais de saúde.

Assim, o SUS começa a exigir, da área de recursos humanos, novas habilidades, atitudes e conhecimentos para que se possam operacionalizar as transformações necessárias ao sistema², visto que são os trabalhadores de saúde os agentes do processo de trabalho e, em parte, responsáveis pela real implementação do modelo assistencial idealizado.¹⁵

Scherer *et al.*⁵ ressaltam que a operacionalização do PSF não constitui tarefa simples, haja vista a necessidade de uma equipe capacitada para trabalhar de forma articulada as várias políticas sociais e recursos, de forma a contribuir para a identificação das causalidades e diversidades de fatores que influem na vida da população, e ainda proporcionar o acesso universal e equitativo dos serviços de saúde.

Amoretti¹⁶ também enfatiza a ideia de que

para o sucesso do PSF são necessários médicos com características particulares: generalistas, aptos a diagnosticar e tratar a maioria das doenças prevalentes em cada região, e médicos de família e comunidade, capazes de se inserir num bairro, lidar com indicadores epidemiológicos e qualitativos próprios da assistência às pessoas, com cobertura populacional, e promover as práticas de vigilância em saúde.^{16:140}

Faltam, porém, profissionais médicos aptos para este trabalho específico. Dados de 2004 informavam que menos de 3% dos médicos brasileiros do SUS são médicos de família e comunidade.¹⁶ Acredita-se que essa realidade se estenda às outras categorias profissionais inclusas na equipe de saúde da família.

Os profissionais, que hoje atuam nos centros de saúde da família, tiveram formação orientada pelo modelo flexneriano. Tal preparação faz com que, ao adentrar o PSF, muitos deles desvalorizem as ações educativas ou mesmo as ações de saúde coletiva no interior da comunidade.¹⁷ Gil³ relata que muitos professores da graduação retratam sua realidade e não a necessidade do mercado de trabalho, no qual o PSF apresenta grande impacto atualmente. Pierantoni *et al.* citado por Farah¹⁵ afirmam que “os currículos aplicados têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema saúde”.

Na Constituição Federal de 1988, que estabelece a criação do SUS, no Título VIII, Capítulo II, Seção II da

Saúde, está no Artigo 200, inciso III, a determinação de que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.¹¹ Embora presente na Constituição, o Ministério da Saúde jamais havia assumido o seu papel destinado, sendo delegada ao Ministério da Educação a função de orientar e regular a formação de recursos humanos para trabalhar no sistema de saúde. Segundo Cutolo¹², isso ocasionou distorções no sistema, caracterizando um dos fatores potenciais que dificulta a formulação e a concretização do SUS concebido.

Pierantoni citado por Farah (2006)¹⁸ alerta para o fato de que existia inércia do setor educacional nas discussões das reformas setoriais, condicionando uma situação que inviabilizaria qualquer modelo de sistema de saúde. Ante a necessidade vigente, o Ministério da Saúde reiterou a proposta de formação e capacitação dos recursos humanos em saúde, por meio da ênfase destinada ao assunto em documentos de ordem legal, como a Lei Orgânica de Saúde (1990), assim como em relatórios provenientes das conferências nacionais de saúde-CNS (IX CNS, 1992 e X CNS, 1996).¹² Havia um arcabouço de propostas relativas à área de recursos humanos e se fazia necessária sua concretização.

Para o enfrentamento dessa realidade, o Ministério da Saúde propôs, em 1996, aos serviços e às instituições de ensino, o estabelecimento de parcerias para que a capacitação das equipes de saúde da família pudesse ser concretizada. Assim, foram criados os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. Estes realizaram vários cursos de capacitação em todo país e representaram uma ferramenta importante na capacitação profissional, porém não acompanharam o crescimento acelerado das equipes do PSF.² Cutolo^{13:52} chegou a afirmar que muitos desses cursos “apresentavam atuações nacionais irregulares e anacrônicas dependendo dos espaços geopolíticos”.

Também em 1996, ocorreu a elaboração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, nº 9.394, que prevê o ensino para graduandos baseado no desenvolvimento de competências, com eixo de formação no trabalho e a flexibilização dos currículos de graduação. Em 2001, ocorreu a definição das Diretrizes Curriculares para os cursos de saúde, com a criação de incentivos a mudanças curriculares, como o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas-PROMED, em 2002, e o Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem-PROENF.

Essas representam as principais iniciativas para melhorar a formação de recursos humanos em saúde.^{2:17}

Segundo Amâncio Filho *et al.*¹⁹, “não é incomum que as reformas curriculares pretendidas ou praticadas na esfera da formação para a saúde encontrem resistências e acabem por se limitar a mudanças na nomenclatura de disciplinas ou na reinvenção de métodos e técnicas pedagógicas, mantendo-se intactas as representações acerca do trabalho em saúde”.

É válido ressaltar que, em 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento feito pelo Ministério da Saúde.²⁰

Em 2003, é criada a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com seu departamento da Gestão e Educação na Saúde. Por meio desta, chama-se a atenção para o papel do Ministério da Saúde na responsabilidade de formação de recursos humanos para atuação no sistema nacional de saúde. Surgem, então, os Polos de Educação Permanente, cuja intenção é ampliar as ações dos Polos de Saúde da Família. Cabe a estes a tarefa de ensejar iniciativas de mudança no sistema assistencial com suporte em mudanças na formação de recursos humanos, mobilizando ações de formação e capacitação dos distintos sujeitos (professores da área de saúde, trabalhadores da saúde, estudantes de ciências da saúde, gestores e usuários) e a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde surge para tentar viabilizar os vários projetos na área de recursos humanos. Em 2004, o Ministério da Saúde pôs em prática dois novos projetos, o AprenderSUS (política do SUS para o diálogo com o ensino superior em saúde) e o VER SUS/BRASIL (Projeto de Vivências e Realidade do Sistema Único de Saúde), como forma de tentar fortalecer a formação em.^{18,21,22}

Carvalho e Ceccim²² asseveram que ainda não se obtêm dados sobre essa política de grande porte, que é o AprenderSUS, que foi lançada, relativamente, há pouco tempo (junho de 2004). Em 2005, é lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que reúne as três profissões de nível superior inclusas no PSF (Medicina, Enfermagem e Odontologia). Este programa é similar ao PROMED, o qual recebeu críticas ao abordar isoladamente a graduação em Medicina. Vale ressaltar que este último também foi contestado por outras categorias profissionais não inclusas.²²

Em agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996 do Ministério da Saúde, que revoga a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.²³

Essa Portaria traz algumas novidades que merecem destaque, como: (1) as ações de saúde passam a integrar o

Pacto da Gestão pela Saúde; (2) os gestores poderão contar com o financiamento federal realizado fundo a fundo para as ações de Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão; (3) reafirmação dos princípios da Educação Permanente em Saúde como norteadores para a elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde; e (4) a compreensão e tratamento da gestão da educação na saúde na dimensão tecnopolítica e não simplesmente técnica.²³

Nos últimos anos, várias medidas são continuamente tomadas para favorecer a adequação dos recursos humanos ao PSF. Por isso, é de grande importância a avaliação destas medidas para que se possa tê-las como parâmetro nesse continuum de tentativa de fortalecimento da atenção básica e real implementação do modelo de saúde que se almeja.

Resultados de algumas das propostas de capacitação dos profissionais de saúde de nível superior do PSF

Considerando a importância da atividade avaliativa como parâmetro para um processo em decurso, serão apresentados alguns dados referentes às medidas de capacitação dos profissionais de nível superior que compõem a equipe do PSF. A maioria dos dados foi colhida nos artigos consultados, mas apresentamos também outros indicadores referentes à última avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, em 2001-2002, acerca da implantação e funcionamento do PSF.

Nos anos de 2001-2002, o Ministério da Saúde realizou a segunda grande pesquisa, no contexto nacional (a primeira, em 1999), sobre a implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família no Brasil. Um dos pontos de investigação dizia respeito à capacitação dos profissionais em cursos que correspondiam a ações preconizadas pelo PSF. A pesquisa, que envolveu 16 mil equipes, revelou que o percentual de equipes em que os médicos realizaram treinamento introdutório foi de 61,9%, com variações relevantes entre os estados. Os melhores resultados foram obtidos pelos Estados de Amazonas (76,2%) e Tocantins (75,9%), no Norte; Maranhão (79,7%), Ceará (77,1%) e Rio Grande do Norte (76,2%), no Nordeste; Espírito Santo (80,6%) e Rio de Janeiro (73,4%), no Sudeste; Paraná (77,5%) e Rio Grande do Sul (74,2%), no Sul; e Mato Grosso (77,8%), Goiás (72,0%) e Distrito Federal (86,4%), no Centro-Oeste. Com relação aos enfermeiros, a média nacional foi de 69,4% e vale ressaltar que 16 estados alcançaram patamares superiores a 70%.²⁴

Chama-se de introdutório o treinamento básico que orienta as equipes sobre a lógica de funcionamento do

Programa. Este deve ser realizado anteriormente ou logo após a implantação das equipes.

O percentual de equipes com médicos e enfermeiros capacitados na estratégia de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI foi de, respectivamente, 17,0% e 21,2%. Com relação aos médicos, os percentuais mais elevados estavam entre 30% e 40% das equipes em seis unidades federadas (Acre, Pará, Ceará, Alagoas, Mato Grosso e Distrito Federal). Para os enfermeiros, os percentuais de equipes foram um pouco melhores, variando entre 30% e 51% em oito Estados (Acre, Pará, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Mato Grosso e no Distrito Federal) Consideram-se baixas essas médias nacionais, relativas ao AIDPI.

A mesma pesquisa revelou treinamento específico na área de saúde da mulher para 31,1% das equipes que possuíam médicos e 44,1% das equipes com enfermeiros. Em áreas estratégicas da atenção básica do adulto, foram observadas, respectivamente, para equipes com médicos e enfermeiros: 42,4% e 44,5% para hipertensão, 42,6% e 46,0% para diabetes, 37,1% e 42,3% para hanseníase e 34,3% e 40,2% para tuberculose.²⁴

Ao realizar avaliações relativas aos Polos de Capacitação em Saúde da Família, nos anos de 1999 a 2002, o Ministério da Saúde constatou que o treinamento introdutório apresentou-se como a atividade de capacitação de maior cobertura às equipes do Programa de Saúde da Família. No período de 2000 a 2002, só no Polo da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, os cursos ou treinamento introdutórios totalizaram 55, estes proporcionaram a capacitação de 2.882 profissionais. Os participantes revelaram satisfação pelo curso: 98% afirmaram que os objetivos propostos foram atingidos e consideraram importantes e contribuintes às mudanças iniciais necessárias ao trabalho das equipes.¹⁵

Estes números revelam dados de seis anos atrás e, constantemente, o PSF vem avançando (atualmente, existem 27,3 mil equipes de saúde da família), assim como as iniciativas de melhorar sua implementação. Por isso, registra-se a impossibilidade da totalidade dos dados, visto não dispormos de informações atualizadas nacionalmente, ou na literatura consultada. Buscamos nos artigos visualizar como se encontra a abrangência das capacitações em áreas (científicas) condizentes para atuar no PSF, em várias localidades do País. A maioria dos estudos representa análise indireta do alcance das propostas de capacitação, porquanto se baseia no perfil de formação técnico - científico desses profissionais.

Estudo realizado em 2002, com 253 profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família

dos municípios de Mato Grosso, constatou que: 27% possuíam residência médica, 40% especialização. Destas especializações, 18% em Saúde Pública e 14,8% em Saúde da Família, 31,2% tinham cursos de atualização de curta duração e 1,6% era de mestres e doutores. Cabe ressaltar que, nesse estudo, também se apresentou alto percentual de vínculo informal (65,2%). Uma informação importante e complementar ao estudo é que 70% a 76% dos entrevistados informaram concordar com a proposta do PSF. A pesquisa revelou alto grau de implantação de consultas médicas e dificuldades para realizações de ações educativas, de promoção à saúde e algumas ações preventivas, intersetoriais e com a população, sendo essas dificuldades maiores nos centros urbanos.²⁵

Em 2003, pesquisa revela dados de um município de pequeno porte localizado em Minas Gerais, no qual nenhum dos profissionais de nível superior realizou curso de capacitação ao adentrar o PSF. A maioria dos médicos e enfermeiras possuía vínculo informal, com média de permanência no serviço de 24 meses.¹⁷ Acredita-se que essa realidade também retrate a ocorrida em várias cidades menos desenvolvidas.

No ano de 2003, em Londrina, Paraná, uma pesquisa constatou que mais de 74% dos médicos e 93,2% dos enfermeiros afirmaram possuir especialização, destes, 45% e 70%, respectivamente, eram na área da Saúde Coletiva. Os resultados desse estudo evidenciam boa qualificação profissional de médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família do Município de Londrina.²⁶

Outro estudo realizado, em 2004, mostra que, em 16 cursos de especialização lato sensu em Saúde da Família, 6 são cursos na Região Sul, 2 na Região Sudeste, 4 na Região Centro-Oeste e 4 na Região Nordeste. A pesquisa revelou que: 79,5% dos alunos trabalhavam no PSF, dos quais 70% já haviam realizado Curso Introdutório ao PSF, 33% realizaram a capacitação no Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB e 21% a de Atenção Integral às Doenças Próprias da Infância - AIDPI. O percentual de especialistas em Saúde Coletiva correspondeu a 39%, enquanto 23,6% possuíam outras especialidades, 11% tinham residência também em outras áreas e 1,8% tinha diploma de mestrado. Entre os médicos, a maioria possuía formação em especialidades clínicas e a minoria ligada à Saúde Pública, revelando a dificuldade de atrair os médicos para essa área. O contrário foi observado entre enfermeiros e dentistas.³

É importante ressaltar o fato de que 47% possuíam vínculo informal de trabalho, 26,4% eram estatutários e 21,6% celetistas, estabelecendo uma razão de 1:1 vínculo precário

e vínculo formal. Esta situação reflete um dos problemas do PSF, a precarização do trabalho, que influi na estratégia como um todo, na medida em que não estabelece vínculos e, conseqüentemente, enfraquece a tentativa de inversão do modelo flexneriano e a real implementação do modelo de atenção baseado na promoção da saúde.³

Outra pesquisa, realizada em 2004, em seis municípios do Estado do Rio Grande do Norte, revelou que, dos 21 cirurgiões-dentistas que compunham as equipes de saúde dos PSFs desses municípios, nenhum apresentava especialização na área de Saúde Pública ou Saúde da Família, tendo realizado somente o Curso Preparatório Inicial para o PSF. Além disso, não se observava a participação desses profissionais em cursos de capacitação promovidos pelo Centro de Formação para os Serviços de Saúde do Rio Grande do Norte (CEFOPE).²⁷

Relatos de uma pesquisa feita no ano de 2006, em Florianópolis, cidade interiorana do Estado do Piauí, constataram que, das 24 enfermeiras que trabalhavam no PSF local, 33,3% (8) possuíam especialização em Saúde da Família. O estudo concluiu pela necessidade de aprimoramento técnico-científico para atuação no PSF e descentralização dos cursos de pós-graduação, especialmente o de Saúde da Família (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).²⁸

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde, em parceria com o Centro de Treinamento e Desenvolvimento-CETREDE, Universidade Federal do Ceará, e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2006), ao realizar pesquisa na macrorregião do Cariri no Estado do Ceará, envolvendo 29 municípios, revela que: dos 1031 profissionais de nível superior que atuam no SUS nessa região, 565 (54,6%) possuem especialização e, destes 143 (25,3%) em Saúde Pública e 159 (28,1%) em Saúde da Família. Apesar de não ser específico para os profissionais do PSF é um importante dado a considerar.

Esses números revelam que ainda se tem muito que avançar na capacitação dos profissionais de saúde do PSF, isto se referindo somente à questão quantitativa, visto ser a abordagem qualitativa uma categoria mais complexa e não contemplada nesta análise. Observa-se interesse do Ministério da Saúde em trabalhar sobre a questão recursos humanos no PSF, porém há de serem consideradas as várias dificuldades encontradas na prática. A dimensão territorial do País, as diversidades das necessidades loco-regionais, a necessária disponibilização de grande quantia financeira e a imprescindível mobilização dos gestores são exemplos de fatores que podem ser considerados como dificuldades.

Segundo Pierantoni^{11:342}, a área RH é caracterizada por um “mix inovador e conservador [...] inovador, pela

qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de Saúde focadas na área de recursos humanos”.

Na preocupação com recursos humanos em saúde, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, que aconteceu em 2005, em Toronto, estabeleceu que o período de 2006-2015 seria “Uma década de Recursos Humanos em Saúde”. Nesta ocasião, foi identificada a necessidade de se incluir, nas orientações estratégicas do Observatório de Recursos Humanos, o tema de formação e capacitação em saúde e foram traçados alguns objetivos e estratégias para isso e estabelecidas linhas de ação para os países.^{14,21,29}

Em 2006, ocorreu a VIII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em Lima, no Peru, com o propósito de responder ao Chamado à Ação de Toronto. E, em 2008, ocorreu a IX Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, no Chile, onde um dos temas abordados foi a questão dos recursos humanos em saúde na atenção básica. Ao final desse encontro, foram apresentados os “Planos 2009-2015 no contexto dos planos e cenários, considerando os cinco desafios e metas associadas à construção de sistemas de saúde baseados na APS”.³⁰

Esses cinco desafios já haviam sido apontados em reuniões anteriores. Estes são: estabelecer políticas e planos de longo prazo; alocar recursos humanos adequados em lugares adequados; conservar os profissionais de saúde e evitar deficiências em sua formação; propiciar ambiente de trabalho saudável e aumentar o compromisso da força de trabalho e estabelecer mecanismos de cooperação entre as instituições educativas e serviços de saúde.³¹

No Brasil, como já mencionado, a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente, em 2007, e com ela, o incentivo aos governos locais em investir nos seus recursos humanos, também estão gerando expectativas em uma melhor formação dos nossos profissionais em saúde. Espera-se que possamos avançar mais na qualificação técnico-científica e humanitária dos profissionais, compatível com a necessidade do sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Observou-se a necessidade de capacitação ou educação permanente de recursos humanos em saúde no PSF, necessidade essa identificada tanto por órgãos e instituições nacionais e internacionais em saúde, quanto por pensadores

em saúde pública e pelos próprios profissionais de saúde. A identificação desse problema levou à elaboração de várias medidas no intuito de resolvê-lo. Contudo, os resultados apresentados nos artigos pesquisados demonstram que, apesar de ter-se avançado em educação permanente, a cobertura de capacitação (a que se propõe o PSF) dentre os profissionais de nível superior atuantes nas equipes de saúde da família ainda é insuficiente. Porém, as discussões e medidas ainda continuam, demonstrando empenho para caminharmos a um melhor patamar.

Fica, em aberto e sugerida para pesquisas futuras, a necessidade de se avaliar as capacitações que estão sendo oferecidas aos profissionais de saúde. Até que ponto estas são eficientes em sua proposta? Será que mesmo aqueles profissionais que têm a oportunidade de receber uma educação permanente estão preparados para exercer uma prática em saúde compatível com a proposta do PSF? Em vigência do grande número de instituições públicas e, principalmente, particulares, este questionamento é bastante complexo.

Outros pontos também podem ser levantados: será que os profissionais de saúde atuantes na atenção primária têm tido a condição de exercer os conhecimentos aprendidos? Ou, será que estes aderiram a essa nova postura de atuar em saúde?

Formar recursos humanos para a saúde consiste em firmar compromissos entre educação e saúde, áreas estratégicas, fundamentais e complementares para se atingir tal objetivo. Esta não consiste em tarefa simples, porém necessária a fim de se obter o perfil profissional adequado para atuar na assistência da atenção básica de saúde.

Várias tentativas foram e estão sendo feitas nesse sentido, porém o paradigma biomédico ainda está muito enraizado, tanto nos profissionais quanto na própria população, sendo necessário forte empenho para instalação de novo paradigma de saúde.

Estamos diante, então, de um novo desafio: o de modificar não só a prática “médica” e a assistência à saúde, mas o de ampliar a consciência dos indivíduos sobre os determinantes da saúde. Este desafio requer a existência de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas às propostas do SUS.

Observamos, porém, que o atual sistema de saúde brasileiro ainda é incipiente, em razão de tantos anos de descaso com a saúde pública. E como qualquer iniciante, ainda está em fase de aprendizagem, crescimento. Com isso, não se busca justificar os erros acontecidos ou ainda vigentes, mas trazer a esperança de que podemos caminhar rumo a uma saúde de melhor qualidade e mais compro-

metida com a população. O fato é que, para alcançar tal objetivo, necessitamos de fatores organizacionais, tanto no plano macro quanto micro. Não só o Ministério da Saúde necessita traçar estratégias para definir o planejamento em saúde do País, mas também cabe a cada profissional, que se encontra na ponta do sistema, fazer a sua parte.

Não devemos, porém, focar a adequação da assistência à saúde ao modelo idealizado, somente na atuação dos profissionais de saúde. Ela depende muito mais de questões socioeconômicas, da Administração Pública, de investimentos não só na qualificação profissional, mas também nas condições de trabalho oferecidas, assim como na desmercantilização da saúde, de modo que, portanto, são necessárias mudanças sistêmicas que contemplem a elaboração e o fortalecimento da intersetorialidade das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde - Seminário Internacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005 mar/abr; 21(2):490-8.
4. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.489-503.
5. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2004 set/fev; 9(16):53-66.
6. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 2007. p.635-67.
7. Cohn A. O estudo das políticas de Saúde: implicações e fatos. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2007. p. 219-46.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica Nº. 18. O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família PROESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para NOB-RH SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
10. Almeida C. Projeto: desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final. Rio de Janeiro; 2003.
11. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):341-60.
12. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(2):373-83.
13. Cutolo LRA. O SUS e a formação de recursos humanos. *ACM Arq Catarin Med*. 2003 abr/jun; 32(2):49-59.
14. Assunção AA, Belisário SA, Campos FE, D'ávila LS. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(Sup 2):193-201.
15. Farah BF, Pierantoni CR. A utilização da metodologia da problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. *Rev APS*. 2003 jul/dez; 6(2):108-19.
16. Amoretti RA. Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2005 maio/ago; 29(2).
17. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006 set; 15(3):7-18.
18. Farah BF. A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso

- introdutório para equipes de saúde da família - experiência do Município de Juiz de Fora/MG. 2006 [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2006.
19. Amâncio Filho A, Vieira ALS, Garcia ACP. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. *Rev Bras Educ Médica*. 2006 set./dez; 30(3):161-70.
20. Pierantoni CR, Da Ros MA, Haddad AE, Ribeiro C, Severo DO, Souza TT. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do movimento sanitário. In: 3ª Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Carvalho YM, Cecim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2007. p.137-70.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Termo de Referência da Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2006 set; 22(9):1881-92.
26. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina Cienc Biol Saude*. 2005 jul/dez; 26(2):101-8.
27. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 jan/mar; 11(1):219-27.
28. Rocha JBB, Zeitoune RCG. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Rev Enferm UERJ*. 2007 jan./mar; 15(1):46-52.
29. Mendes IAC, Marziale MHP. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015. *Rev Latinoam Enferm*. 2006 jan/fev; 14(1):1-2.
30. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de trabalho IMS/UERJ. IX Reunião Regional de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde; 2008. [Citado em 2008 dez. 12]. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/noticia.asp?id=167>.
31. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do sistema único de saúde na macrorregião do Cariri / Ceará. Relatório final. Fortaleza: Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2006.
32. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2007.p. 635-667.

Submissão: março de 2008

Aprovação: janeiro de 2009
