

DESAFIOS À GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

Production of care in Brazil's Family Health Strategy: the challenges of work management and continuing health education

Adriano Maia dos Santos¹, Iva Karla Silva da Nóbrega², Marluce Maria Araújo Assis³, Sandra Rego de Jesus⁴, Claudia Nicolaevna Kochergin⁵, José Patrício Bispo Júnior⁶, Josenildo de Sousa Alves⁷, Katuscy Carneiro Santana⁸

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do trabalho e a educação permanente em saúde na Estratégia de Saúde da Família, em município da Bahia, assim como as atividades desenvolvidas pelas equipes relacionadas à produção do cuidado e à educação em saúde. Trata-se de estudo de caso desenvolvido com profissionais da saúde da família de nível superior e nível médio. Para a coleta de dados, foram utilizados indicadores do instrumento “Primary Care Assessment Tool”, validado no Brasil. Os resultados evidenciaram diferentes formas de admissão, contratação e carga horária de trabalho na Saúde da Família. Os profissionais de nível médio demonstram maior aceitação para o desenvolvimento de atividades educativas e de qualificação profissional em serviço. A maioria dos profissionais de nível superior considera que os cursos/capacitações desenvolvidos não trazem transformações para a sua prática cotidiana. Na análise da produção do cuidado, foram analisados os componentes “vínculo”, “elenco de serviços” e “orientação à comunidade”. O componente “vínculo” é apontado como presente nas práticas cotidianas dos profissionais. Os serviços oferecidos fundamentam-se, em sua maioria, nas atividades programáticas e as ações educativas estão mais relacionadas às ações clínicas individuais focadas na doença, com pouca abrangência sobre as condições de vida e os determinantes sociais. As atividades das equipes evidenciam alguma orientação à comunidade, sem, no entanto, evidenciar mudanças nas práticas tradicionais.

ABSTRACT

The goals of this case study of senior and intermediate family health personnel were to examine work management and continuing health education in Brazil's Family Health Strategy in a municipality in Bahia State, as well as the production of care and the health education dimensions of the teams' activities. Data were collected using indicators of the Primary Care Assessment Tool validated in Brazil. The results show differing arrangements as regards admission, hiring, and working hours in the Family Health program. Intermediate level personnel are less receptive to educational activities and in-job professional development. Most of the senior personnel felt that the courses and training undertaken did not result in changes to their day-to-day practice. Production of care was considered in terms of the components “bonding”, “service portfolio”, and “community orientation”. “Bonding” was found to be present in the teams' day-to-day practice. The array of services offered is based on the programmatic activities, while educational actions most often took the form of individual clinical actions focusing on specific diseases, but with little relevance to conditions of life and social determinants. The teams' activities show some degree of community orientation, without changes from traditional modes of care and relationship, however.

¹ Professor Adjunto. UFBA. Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira. E-mail: adrianouefs@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira.

³ Professor Titular. Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁴ Professor Assistente. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira.

⁵ Professor Assistente. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira.

⁶ Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Campus Anísio Teixeira.

⁷ Mestre em Saúde Coletiva. Professor Auxiliar. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus Universitário de Jequié.

⁸ Secretaria Municipal de Saúde.

*Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Educação Profissional em Saúde Pública; Educação em Saúde; Gestão de Pessoal em Saúde.

KEYWORDS: Primary Health Care; Family Health; Continued Public Health Education; Health Education; Health Personnel Management.

INTRODUÇÃO

Os dilemas para produção do cuidado nos processos de trabalho em saúde mobilizam diferentes estratégias para a superação de práticas fragmentadas, pontuais e com baixa resolubilidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como locus potente para reversão das tradicionais ações limitadas a procedimentos individuais por novas práticas compartilhadas em equipes, a partir da utilização de distintas tecnologias para o cuidado que se consubstanciem numa clínica ampliada e centrada nas demandas dos usuários. Para tanto, necessita-se que a ESF cumpra um papel indutor, podendo garantir na prática as mudanças desejadas, que segundo Campos et al.¹ seriam: trabalho em equipe interdisciplinar, responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e usuários, abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, articular a ESF em uma rede de serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas.

Por esse prisma, é fundamental “a formação Paideia, a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussões de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto”¹ (p.141). Portanto, implica compreender o espaço cotidiano de trabalho como território de aprendizagens, ou seja, potencialmente pedagógico. O desafio, nesse caso, seria mobilizar os distintos sujeitos em torno de uma meta comum, que seja a defesa da vida como amálgama das práticas.

A ordenação da formação dos profissionais de saúde é uma responsabilidade inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelece a Constituição de 1988. O propósito do SUS é atuar tanto na formação dos novos profissionais, quanto no aprimoramento e educação dos profissionais em exercício. Embora essa seja uma responsabilidade do sistema, Ceccim e Feuerwerker² chamam a atenção que a formação dos profissionais permanece alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado. As iniciativas para mudança na formação foram muito tímidas na sua capacidade de promover modificação nas práticas dominantes no sistema de saúde, restringindo-se, de maneira geral, a introduzir alterações pontuais aos modelos hege-

mônicos de formação e cuidado em saúde. Mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas.

As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.² Nesse sentido, mesmo a ESF tem mudado o processo de trabalho, a partir de uma reestruturação produtiva em saúde, ou seja, mudam-se o locus, os sujeitos, as ferramentas, mas a condução das práticas permanece reproduzindo linhas de montagem, prescrições, padronizações, com pouco espaço para o exercício criativo e autônomo, sem capacidade, portanto, de impactar os processos de produção do cuidado.³

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS), ao defender a Atenção Primária em Saúde, aponta características essenciais para assegurar ganhos em saúde e melhoria nos resultados sociais: ter centralidade nas pessoas, desenvolver a integralidade e estar articulado à rede de atenção, desempenhar o cuidado longitudinal, ser o serviço preferencial de primeiro contato. Para tanto, a OMS enfatiza em seu relatório que “os cuidados primários são mais do que uma redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza por parte dos trabalhadores no atendimento. Os profissionais da saúde têm que assumir a responsabilidade de cuidar das pessoas durante o decurso das suas vidas, como indivíduos e como membros de uma família e de uma comunidade cuja saúde deve ser protegida e potenciada, e não cuidar, unicamente, de partes do corpo com sintomas ou enfermidades que exigem tratamento”⁴ (p.45). Tais questões atestam a premência de novos trabalhadores, que saibam articular as tecnologias (duras, leve-duras e leves) mais adequadas e necessárias a cada caso, e esses modos de fazer precisam ser aprendidos, experimentados, construídos nas práticas na ESF, ou seja, exige um movimento, também, da gestão para catalisar a produção de novas subjetividades, novas identidades e novos processos de trabalho.

Todavia, os processos de trabalho no setor saúde, comumente, operam com base em relações hierárquicas, com práticas centradas no atendimento individual e prescritivo, em que os profissionais da saúde demonstram

grande dificuldade de interação e reconhecimento do ser e do fazer do outro, seja esse outro um usuário do serviço ou até mesmo um membro da equipe de trabalho. Essa situação persiste, pois os processos de trabalho fundamentam-se em práticas fragmentadas nos moldes tayloristas, com saberes que se isolam e com dificuldades de interação entre os pares.⁵

No que tange à formação, essa lógica hierárquica, prescritiva e tecnicista também apresenta-se como pilar na construção do conhecimento. A valorização do saber técnico e do domínio de tecnologias duras apresenta-se, na maioria das vezes, como objeto de aprendizado/consumo de parcela significativa dos trabalhadores da saúde. No entanto, destaca-se que a atualização técnico-científica deve ser apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação dos profissionais de saúde deve extrapolar a educação para o domínio técnico-científico da profissão (núcleo do saber) e se estender para os aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social (campo do saber). A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.²

Além disso, Franco⁵ destaca a existência de duas grandes dimensões no campo da educação: uma da cognição, dada pela capacidade de transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho; e outra da subjetivação, dada pela capacidade que têm certas pedagogias de promoverem mudanças na subjetividade.

Assim, diante da necessidade de articulação entre as dimensões cognitivas e subjetivas da educação em saúde, o SUS é um ambiente pedagógico adequado para o desenvolvimento das práticas de formação e educação dos trabalhadores em saúde.^{6,7} A face pedagógica do SUS tem sido destacada pela potencialidade do “trabalho vivo em ato” também constituir-se em pedagogia em ato.^{5,7} A produção do cuidado em saúde não pode ser acumulada nem tampouco estocada, a mesma ocorre no momento da interação entre profissional de saúde e cidadão. Paralelo a isso, no momento em que ocorre a produção de cuidado pode ocorrer, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica. Ação produtiva em saúde é duplamente transformadora, ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito, face ao aprendizado do seu ato de cuidado.⁵

A educação permanente em saúde apresenta-se, nesse contexto, para além do aprendizado para o trabalho e no próprio ambiente de trabalho. Visa, também, superar as lógicas das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações

mesmo que realizadas de maneira continuada.^{7,8} A educação permanente propõe a transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais e comprometidas, em ação no serviço. Seu objetivo, além das transformações da prática profissional, deve ser a própria transformação da organização do trabalho e da vida das pessoas. Assim, surge a ideia de formação em saúde fundamentada no quadrilátero: ensino – gestão – atenção – controle social. A partir desses pressupostos, a qualidade da formação é considerada resultante do desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.²

Franco⁵ observa, além disso, um paradoxo nas políticas de educação para os trabalhadores da saúde. Segundo o autor, há consideráveis interesses e investimentos institucionais, liderados principalmente pelo Ministério da Saúde, o que comprova um desejo de mudança nas práticas dos trabalhadores do SUS, especialmente no atributo de transferência de tecnologias de cuidado.⁵ Entretanto, essas iniciativas de educação para o setor saúde têm promovido um impacto quase nulo na prática cotidiana da produção do cuidado. Destarte, questiona-se: por que, apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas?

Partindo desses dilemas ético-políticos e técnicos, construiu-se uma investigação acerca de trabalhadores e suas práticas na ESF, lançando um olhar acerca das características desses sujeitos, das políticas locais em relação à gestão do trabalho e à educação em serviço, bem como, buscou-se evidências que identificassem, no cotidiano das práticas, elementos para o fortalecimento e defesa da Saúde da Família, utilizando como marcadores as atividades relacionadas à educação em saúde, investigando-se, para tanto, três dimensões da atenção primária: vínculo, elenco de serviços e orientação à comunidade.

Nessa perspectiva, o presente artigo tem como objetivos: 1) Analisar a gestão do trabalho e a educação permanente em saúde. 2) Analisar as atividades desenvolvidas por equipes de Saúde da Família relacionadas ao cuidado e à educação em saúde, em um município da Macrorregião Sudoeste da Bahia.

METODOLOGIA

Este estudo é o recorte de uma pesquisa multicêntrica que avaliou a Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família em sete municípios baianos.⁹ Trata-se, portanto, de um estudo de caso que discute a produção do cuidado e os elementos que fortalecem a Atenção Primária à Saúde.

Analisou-se o perfil dos trabalhadores, sua condição de trabalho, o processo de capacitação e as atividades educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, em um município do Sudoeste da Bahia. A população total do referido município foi estimada em 313.898 habitantes e 440 trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, segundo dados do IBGE e DATASUS (janeiro de 2009), respectivamente.

O tamanho da população do estudo foi definido com base numa amostra aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de trabalhadores do município (0,14%), admitindo-se um erro máximo de 1% entre a proporção encontrada e a verdadeira proporção populacional, e nível de significância de 5%. O valor encontrado foi distribuído proporcionalmente entre as categorias funcionais. Com os ajustes necessários, o tamanho final da amostra foi de 56 trabalhadores, sendo 14 com nível superior (Grupo I – 4 cirurgiões-dentistas, 5 enfermeiros, 5 médicos) e 42 sem nível superior (Grupo II – 28 agentes comunitários de saúde, 4 auxiliares de saúde bucal, 10 técnicos/auxiliares de enfermagem).

Os instrumentos de coleta de dados foram construídos com base nos indicadores componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) ou Ferramenta de Avaliação

da Atenção Primária,¹⁰ validados em estudo realizado por Macinko et al.,¹¹ e adaptado por Assis et al.,⁹ para avaliar a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família.

A aplicação dos instrumentos de coleta foi realizada em 2009. As variáveis relacionam informações acerca das: 1) características dos trabalhadores; 2) política da gestão do trabalho e educação permanente; 3) dimensões de análise da Atenção Primária, selecionando-se componentes ligados à educação em saúde. Para avaliar a diferença entre a proporção de trabalhadores com nível superior e nível médio, conforme as variáveis estudadas, utilizou-se o teste de χ^2 . Em toda análise estatística, foi adotado um nível de significância de 5%, ou seja, foram considerados como significantes resultados que apresentaram p-valor inferior a 5% (p -valor < 0,05). O programa Epi-Info versão 6.04d foi utilizado para a digitação e a análise dos dados.

O projeto matriz, do qual esse é parte, foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, obedecendo a Resolução 196/96, registrado como Protocolo 097/2006. Além disso, obteve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

RESULTADOS

Características dos trabalhadores na Estratégia Saúde da Família

A população de estudo constitui-se de 14 trabalhadores com nível superior e 42 com nível médio totalizando 56 profissionais. Destes a grande maioria (83,9%) é do sexo feminino. Estratificando esses números por categoria têm-se nove trabalhadoras (64,2%) de nível superior (Grupo I) e trinta e oito (90,5%) com nível médio (Grupo II). A faixa etária acima de 50 anos é rara nessa população, contudo a mais frequente é a de 31 a 50 anos com 64,2% dos

trabalhadores no grupo I e 66,7% no grupo II (Tabela 1).

O estudo revela que, no cenário da pesquisa, existem diferentes formas de admissão, contratação e carga horária de trabalho para os profissionais das Equipes de Saúde da Família. Em ambos os grupos (I e II) observa-se uma predominância na admissão por “seleção pública” e carga horária de trabalho de 40 horas semanais. As informações sobre a forma de contratação dos profissionais revelam que há uma predominância de contratação pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) para trabalhadores de nível superior (78,5%), quando comparada aos trabalhadores de nível médio (35,7%), sendo essa diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0054).

Tabela 1 - Características dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família num município do Sudoeste da Bahia, 2009.

Características dos trabalhadores	N	Grupo I		Grupo II		p-valor
		n	%	n	%	
Sexo						
Feminino	47	9	64,2	38	90,5	0,0587
Masculino	9	5	35,8	4	9,5	
Faixa etária						

20 a 30 anos	14	3	21,4	11	26,2	
31 a 50 anos	37	9	64,2	28	66,7	0,7032
> 50 anos	5	2	14,2	3	7,1	
Forma de admissão						
Admitidos por seleção pública	37	9	64,2	28	66,7	
Outros	19	5	35,7	14	33,3	0,8706
Forma de contrato						
Contrato de trabalho por CLT	26	11	78,5	15	35,7	
Outros	30	3	21,4	27	64,3	0,0054*
Carga Horária de trabalho						
40 horas semanais	53	13	92,9	40	95,2	-
Outra	3	1	7,1	2	4,8	

Nota: Grupo I – nível superior (n=14), Grupo II – nível médio (n=42)
*p-valor<0,005

Fonte: dados da pesquisa.

Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família

Com relação à gestão do trabalho e educação permanente na Estratégia de Saúde da Família, estabeleceram-se dois eixos de questões apresentadas na Tabela 2: (1) Relacionados aos critérios estabelecidos para capacitação; (2) Impressões quanto às capacitações.

Observa-se que entre os trabalhadores de nível médio a proporção de aceitação dos critérios estabelecidos para capacitação é maior do que a observada para os trabalhadores de nível superior, sendo esta diferença estatisticamente significativa apenas para o critério “Necessidade de trabalhadores de saúde” (p -valor = 0,0021).

As impressões “positivas” com relação às capacitações foram maiores para os trabalhadores do nível médio, quando comparadas aos trabalhadores de nível superior, sendo significativamente mais elevadas para a “valorização da participação do usuário/família” (p -valor = 0,0063) e para o “possibilita maior interação entre o trabalhador e o usuário” (p -valor = 0,0036). Com relação à impressão “negativa” da capacitação percebe-se que mais da metade dos trabalhadores de nível superior (64,3%) acham que as capacitações não trouxeram transformações nas práticas, enquanto 7,1% dos trabalhadores de nível médio compartilham dessa opinião, sendo esta diferença estatisticamente significativa (p -valor = 0,0000).

Tabela 2 - Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família num município do Sudoeste da Bahia, 2009.

Capacitação profissional	N	Grupo I		Grupo II		p-valor
		n	%	n	%	
Critérios Estabelecidos para Capacitação						
Necessidade de saúde da população usuária da USF	41	8	57,1	33	78,5	0,2458
Necessidade dos trabalhadores de saúde	40	5	35,7	35	83,3	0,0021*
Escolha focalizada em determinadas categorias profissionais	26	5	35,7	21	50,0	0,3533
É sempre uma oferta das instâncias gestoras	41	8	57,1	33	78,5	0,2226
Necessidade da gestão do sistema e do cuidado	29	5	35,7	24	57,1	0,1646
Não há critérios	4	2	14,2	2	4,8	0,5491
Impressões com relação às capacitações						
Vêm provocando mudanças	45	9	64,3	36	85,7	0,1740
Apresentam uma articulação teórico-prática	47	10	71,4	37	88,1	0,2936
Fortalece a prática para o trabalho em equipe	52	11	78,6	41	97,6	0,0723

Valoriza a participação do usuário/família	47	8	57,1	39	92,9	0,0063*
Amplia o conceito de saúde	47	9	64,3	38	90,4	0,0587
Possibilita maior interação entre o trabalhador e o usuário	45	7	50,0	38	90,4	0,0036*
Ajuda no reconhecimento das necessidades de saúde	50	12	85,7	38	90,4	1,0000
Facilita a articulação interinstitucional	36	7	50,0	29	69,1	0,1977
Possibilita maior resolubilidade nas ações	41	7	50,0	34	80,9	0,0553
Não trouxeram transformações nas práticas	12	9	64,3	3	7,1	0,0000*
Adotam uma pedagogia problematizadora	32	7	50,0	25	59,5	0,5329
Valorização das ações de cuidado	43	9	64,3	34	80,9	0,3609
Focalizada não apenas no indivíduo, mas na família.	44	9	64,3	35	83,3	0,3910
Contribui com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores na dimensão técnica, ética, política.	46	10	71,4	36	85,7	0,6605

Nota: Grupo I – nível superior (n=14), Grupo II – nível médio (n=42)

*p-valor<0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Atividades relacionadas ao Cuidado e à Educação em Saúde realizadas por Equipes de Saúde da Família

Foram escolhidas três dimensões da Atenção Primária em Saúde (APS) para avaliar, entre os profissionais do Grupo I e Grupo II, quais atividades ligadas à educação em saúde estavam sendo realizadas na Estratégia Saúde da Família e como os trabalhadores envolvem-se com tais atividades. As dimensões eleitas foram o “vínculo ou longitudinalidade” (*longitudinality*), o “elenco de serviços ou integralidade” (*comprehensiveness*) e “ênfase familiar e/ou orientação para a comunidade” (*family and/or community orientation*), que estão associadas a melhores indicadores de saúde.¹¹

Para a dimensão “vínculo”, foram avaliadas dez questões. O quesito “diálogo com a família/usuário” obteve maior número de indicações, sendo apontado por 96,4% do total de trabalhadores. Também foram apontados por mais de 90% do total de trabalhadores os quesitos “orienta os usuários em relação às questões de saúde”, “orienta os usuários sobre medicações prescritas” e “utiliza o prontuário do usuário”. Outras duas questões importantes foram apontadas pela grande maioria dos trabalhadores em relação ao vínculo: “chama o usuário pelo nome e conversa com ele sobre outras questões” e “usuários são examinados pelo mesmo profissional”, em proporções de 89,2% e 73,2%, respectivamente. Quando questionados sobre se “a USF é informada se o usuário não consegue medicamento” 46,4% escolheram esse quesito. Por sua vez, os itens “ouve apenas as queixas”, “não tem tempo para o diálogo devido a grande demanda de usuários para ser atendida” e “não entende o que o usuário/família

fala sobre os seu problema” apareceu em proporções incipientes, menor que um quinto do total de trabalhadores.

Com relação à dimensão “elenco de serviços”, foram avaliados cinco parâmetros dentre os quais orientação/atividades educativas, planejamento familiar, orientação sobre coleta de lixo e orientações sobre tratamento da água no domicílio e sala de espera. Destes, todos os profissionais relataram fazer orientação/atividades educativas e planejamento familiar. Em seguida, aparece a sala de espera com 69,6% do total dos profissionais, ressaltando-se que os profissionais de nível médio destacam-se nesse quesito com o total 73,8%. Por último, as orientações sobre o tratamento da água e a coleta de lixo são citadas em menor número (44,6%).

Para a dimensão “orientação à comunidade” foram avaliadas sete questões caracterizadas por atividades educativas nas escolas, visitas domiciliares, ações intersetoriais, oficinas com a participação da comunidade, reunião comunitária, sala de espera e sala de situação. Dentre esses parâmetros, as visitas domiciliares foram apontadas por 100% dos trabalhadores, seguidas pelas atividades educativas com 98,2%, sendo comum a todos de nível médio (100%). As ações ligadas às “oficinas com participação da comunidade”, “reunião comunitária” e “sala de espera” tiveram uma participação acima de 90% entre o total de trabalhadores. Por sua vez, “ações intersetoriais” e “sala de situação” foram apontadas por 67,8% dos trabalhadores.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que a questão de gênero na Estratégia Saúde da Família apresenta um contingente maior de profissionais do sexo feminino, tanto para o grupo com

nível superior, quanto para o grupo com nível médio, corroborando outros estudos^{6,12,13,14} que apontam inclusive para a feminilização das profissões da saúde. Contudo, percebe-se que a divisão técnica do trabalho alinhada ao sexo, encontra uma maior proporção de mulheres entre os trabalhadores com nível médio, ou seja, entre aqueles com menor renda entre os trabalhadores, ou que exigem

uma condição de qualificação com menor tempo de estudo. Esses achados reafirmam os resultados do perfil dos integrantes das equipes de Saúde da Família, em pesquisa realizada em dez centros urbanos,¹⁵ que incluía, entre os municípios, o mesmo deste estudo, e que apresentou dados semelhantes, em 2002.

Tabela 3 - Resultados das atividades relacionadas à educação em saúde realizadas por equipes de Saúde da Família num município do Sudoeste da Bahia, 2009

Dimensões da Atenção Primária à Saúde	N	Grupo I		Grupo II		p-valor
		n	%	n	%	
Vínculo						
Dialoga com o usuário/familiar	54	13	92,9	41	97,6	-
Ouve apenas as queixas	9	3	21,4	6	14,3	0,8336
Não tem tempo para diálogo devido à grande demanda de usuários para serem atendidos	8	1	7,1	7	16,7	0,6592
Orienta os usuários em relação às questões de saúde	53	14	100,0	39	92,9	-
Orienta os usuários sobre as medicações prescritas	54	14	100,0	40	95,2	-
Não entende o que o usuário/família fala sobre o seu problema	8	1	7,1	7	16,7	0,6592
Chama o usuário pelo nome e conversa com ele sobre outras questões	50	14	100,0	36	85,7	0,3184
Usuários são examinados pelo mesmo profissional	41	10	71,4	31	73,8	0,8617
Utiliza o prontuário do usuário	52	12	85,7	40	95,2	0,5491
A USF é informada se o usuário não consegue medicamento	26	7	50,0	19	45,2	0,7570
Elenco de serviços						
Orientação/atividades educativas	56	14	100,0	42	100,0	-
Planejamento familiar	56	14	100,0	42	100,0	-
Orientação sobre coleta de lixo	25	6	42,9	19	45,2	0,8767
Faz orientações sobre o tratamento de água no domicílio	39	8	57,1	31	73,8	0,4015
Sala de espera	50	12	85,7	38	90,5	1,0000
Orientação à comunidade						
Atividades educativas nas escolas	55	13	92,9	42	100,0	-
Visitas domiciliares	56	14	100,0	42	100,0	-
Ações intersetoriais	38	9	64,3	29	69,0	1,0000
Oficinas com participação da comunidade	51	12	85,7	39	92,9	0,7867
Reunião comunitária	53	12	85,7	41	97,6	-
Sala de espera	51	11	78,6	40	95,2	0,1761
Sala de situação	38	7	50,0	31	73,8	0,1863

Nota: Grupo I – nível superior (n=14), Grupo II – nível médio (n=42)

*p-valor<0,05

Fonte: dados da pesquisa.

Além disso, historicamente, a identidade do cuidado à família foi tomada como atributo “natural” da mulher, gerando uma divisão sexual do trabalho que se reproduz em pleno século XXI, no processo de trabalho das Equi-

pes de Saúde da Família. Lopes e Leal¹⁶ debatem sobre a divisão sexual do trabalho, afirmando que, na organização social do trabalho, o trabalho do profissional médico traduz uma ideia de concretude, objetividade, neutralidade,

cientificidade e portador dos verdadeiros valores de qualificação, concebido no imaginário coletivo como profissão masculina, ainda quando exercido por mulheres. Enquanto o trabalho da enfermagem guarda uma ideia de abstração, subjetividade, envolvimento/afetividade, empirismo e, portanto, menos científica e socialmente traduzida como trabalho feminino.

Tais questões implicam no processo de trabalho em saúde na questão salarial, na divisão de poderes, na valorização social, com reflexo na própria produção do cuidado no cotidiano das práticas em saúde.¹³ Lopes e Leal¹⁶ (p.113) complementam afirmando que “diferentes esferas de competência, visíveis entre o tratar e o cuidar, repousam na hierarquia social homem-mulher. Nesse sentido, é importante ressaltar que o caráter sexuado das práticas formais e/ou informais de saúde e sua hierarquização não resultam unicamente do fato de que elas se vinculam ao exercício da medicina, mas também de que elas fazem parte de um sistema mais geral que associa o sexo (gênero) e classe social para confortar o poder masculino”.

Outra questão premente à organização do trabalho diz respeito ao padrão de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho. O SUS representa um significativo avanço na organização das práticas sanitárias no Brasil. Contudo, há uma clara necessidade de reestruturação dos processos de ordenação da força de trabalho, no sentido de vincular o trabalhador ao sistema público.

As mudanças ocorridas na ordem mundial, na década de 1990, provocaram intensas mutações econômicas, sociais, políticas e ideológicas, como reestruturação dos processos produtivos e uma nova ordenação do trabalho na sociedade, pois as mudanças no mundo do trabalho, na era da mundialização do capital, representaram uma perda significativa de direitos trabalhistas nesse novo cenário globalizado, tornando-o mais precarizado, com formas flexíveis de contratação.¹⁷

Além disso, as reformas do Estado no Brasil, na década de 1990, proporcionaram uma flexibilização das relações de trabalho, com diminuição do quadro funcional estatal, uma crescente terceirização e precarização das relações trabalhistas.¹⁸

No cenário da pesquisa, as diferentes formas de seleção e contratação para os trabalhadores do SUS local demonstram que o setor saúde faz parte de uma “nova ordem” de organização dos processos de produção, possibilitando novas formas de seleção e contratação de trabalhadores da saúde, caracterizando a flexibilização das relações de trabalho.^{17,18}

Apesar de a Constituição de 1988 postular que a única forma de contratação para serviços públicos deveria ser por Regime Jurídico Único, a que prevalece no município

é a contratação por CLT, no que se refere aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, não sendo diferente de outros cenários nacionais.

O regime de trabalho por CLT representa um ganho para os trabalhadores, pois garante a proteção social, mesmo sem garantir a estabilidade nos seus postos de trabalho. Contudo, as diferenças apresentadas entre os Grupos I e Grupo II, no que se refere ao contrato por CLT, podem revelar que, entre os profissionais sem nível superior, as relações de trabalho são mais precarizadas que os profissionais de nível superior.

Além disso, na década de 1990, houve um movimento migratório de empregos públicos da esfera federal para a municipal, sendo que o setor público valeu-se de formas mais flexíveis de contratação. Esse fato deve-se, em grande parte, ao fenômeno de mundialização da economia.¹⁹

Com a implementação do SUS, na década de 1990 e, mais especificamente, em 1994, com a implantação do PSF, os municípios, sem uma solução efetiva para a contratação de pessoal, buscaram soluções isoladas como as Cooperativas, Fundações de Apoio e a terceirização para atender a demanda e trabalhadores no programa. No município em questão, a principal forma de vinculação é por meio de uma Fundação de Apoio, segundo o Relatório de Gestão Municipal de Saúde, em 2008.

A rotatividade de profissionais nas ESF pode causar dificuldades de vínculo entre os trabalhadores das equipes e os usuários do sistema, bem como dificuldades de operar os processos de educação permanente em saúde.

Nesse sentido, a Gestão do Trabalho em Saúde constitui-se numa combinação de diferentes funções de planejamento e gestão que possibilitam a regulação (formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação) da força de trabalho no setor.

A Educação Permanente em Saúde é um componente da gestão do trabalho que pode consolidar-se nos espaços coletivos de discussão. Seus processos são baseados em práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, priorizando os problemas cotidianos das equipes e buscando a transformação das práticas, ao gerar mudanças no nível organizacional, nas relações entre os sujeitos e na compreensão do trabalho em saúde.

Neste estudo, a Educação Permanente em Saúde parece revelar-se como uma potência a ser explorada, pois 64,3% e 85,7% dos trabalhadores dos Grupos I e II, respectivamente, apontam que as capacitações “vêm provocando mudanças”, mesmo quando um quinto do total de trabalhadores afirmam que as capacitações “não trouxeram transformações nas práticas” e para ambos os grupos “fortalece a prática para o trabalho em equipe”.

De acordo com os relatos dos trabalhadores, as ca-

pacitações podem contribuir com mudanças nas práticas de gestão dos trabalhadores na dimensão técnica, ética, política, convergindo com as ideias de Ceccim,⁷ ao destacar que a Educação Permanente em Saúde constitui-se em uma estratégia fundamental às transformações do trabalho na saúde, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, havendo necessidade, no entanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor.

Entretanto, os processos educativos baseados em Educação Permanente em Saúde devem ser problematizadores e, mesmo havendo avanços para os trabalhadores do município, as capacitações adotam uma pedagogia problematizadora apenas para metade do Grupo I e três quintos no Grupo II.

Nessa perspectiva, a educação representaria uma maneira de intervir no cotidiano e, com isso, constituindo-se numa forma de habilitar o homem a intervir na realidade. Assim, uma formação pautada na legitimação da participação do indivíduo na sociedade, bem como processos educativos que aproximem o indivíduo do cotidiano do seu trabalho, poderia propiciar a reflexão sobre as suas próprias práticas.²⁰

Mesmo havendo mudanças nos processos de capacitação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no município, existem dificuldades de operar o que poderíamos chamar de uma Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, devido à própria complexidade de compreensão dos seus processos e às dificuldades de articulação entre os setores da saúde e da educação.

Outra abordagem analisada na investigação relaciona-se à força que a educação em saúde empresta à Atenção Básica para torná-la um nível de primeira escolha dos usuários.

Atenção básica é a denominação brasileira para a atenção primária, denominada, assim, para diferenciar-se de propostas internacionais que reduziram o potencial da atenção primária a uma cesta básica de serviços. Nesse sentido, a atenção básica está em sinergia com uma atenção primária forte, apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquela que supõe a universalidade dos cuidados, a coordenação dos demais níveis de atenção e ancorada na integralidade à saúde.⁴ Assim, a Atenção Básica à Saúde é uma formulação que responde aos princípios e diretrizes do SUS, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, como serviço preferencial de primeiro contato para a população.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB eleger a Saúde da Família como estratégia de reorientação do

modelo de atenção à saúde no Brasil,²¹ sendo reafirmada e revisada pela Portaria 2448.²² Desde a sua implantação, em 1994, houve grande expansão no número de equipes, sendo que, em julho de 2012, a cobertura, segundo Ministério da Saúde, atingiu, aproximadamente, a 103,9 milhões de pessoas, com cobertura estimada em 54,02%²³. Todavia, para além da expansão, questões de qualidade permanecem no debate, além de problemas ligados à própria natureza de um programa público universal que almeja a equidade.

Os resultados da pesquisa buscaram evidências que identificassem, no cotidiano das práticas, elementos para o fortalecimento e defesa da Saúde da Família, em relação às atividades relacionadas à educação em saúde. Para tanto, investigou-se três dimensões de análise da atenção primária: vínculo, elenco de serviços e orientação à comunidade.

A dimensão do “vínculo” foi apontada como presente nas práticas cotidianas pelos trabalhadores de nível superior e médio. Trata-se de um elemento essencial para a adesão dos usuários ao serviço de saúde, pois estes sentem-se seguros, ouvidos e cuidados. Tais quesitos formam uma teia de responsabilização com o projeto terapêutico, possibilitando a produção do cuidado comprometido. Nas respostas dos trabalhadores, foi comum o reconhecimento do diálogo, do respeito aos usuários no momento da consulta, extrapolando a dimensão biológica da doença.

Nota-se, entretanto, que a escuta em alguns casos, ainda, limita-se às queixas, mas está relacionada, segundo os dados, à grande demanda de atividades, tornando o trabalho de alguns profissionais menos vinculador, o que pode fragilizar a atenção básica e sua capacidade resolutive.

A segunda dimensão escolhida para testar a força da Saúde da Família, no quesito educação em saúde, foi o “elenco de serviços”. Esse atributo pressupõe que quanto mais diversificadas forem as atividades ofertadas no processo de trabalho da equipe de saúde, maiores as chances de procura desse serviço como primeiro contato, e nesse caso, maiores as possibilidades de ações educativas mais perenes.

As atividades que se sobressaíram estavam relacionadas a ações típicas/programáticas como o planejamento familiar. Todavia, as ações educativas relacionadas a questões fora do âmbito clínico foram relatadas em menores proporções. Tal constatação indica que o trabalho educativo realizado pela equipe continua carecendo de maior inserção em temáticas ampliadas, que debatam as condições de vida e o impacto de elementos sociais/estilo de vida na produção da saúde-doença, principalmente, em cenários de imensas lacunas sociais, nos quais necessidades básicas (saneamento, escolarização, alimentação, moradia, entre outras) permanecem condicionando o adoecimento por

causas evitáveis e agudizando as condições crônicas.

Por fim, a dimensão “orientação à comunidade”, no seu recorte atribuído à educação, à saúde revelou um significativo envolvimento dos profissionais com atividades na comunidade, o que a princípio poderia parecer uma contradição com a análise anterior. Porém, as atividades nas escolas, as oficinas na comunidade e as reuniões comunitárias não significam, necessariamente, conteúdos diversificados e problematizadores, ainda que, tais práticas sejam, por si, sinais de mudanças às tradicionais práticas encerradas no consultório.

Essa dimensão revelou, também, que as ações interseccionais, apesar de serem as menos representativas no conjunto citado, sinalizam uma busca de articulações que ampliam o leque de cuidado em saúde e exercita a dimensão comunicacional e a capacidade de articulação das equipes na busca de maior resolubilidade aos problemas da população. Tal questão fortalece a atenção básica, além de demonstrar a possibilidade concreta de coordenar os cuidados a partir desse nível de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do trabalho e a educação permanente em saúde para trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família apresentaram-se insuficientes para a garantia de maior adesão ao trabalho e mudança no processo de trabalho em saúde. Nesse aspecto, os atributos da Atenção Primária à Saúde/ESF permaneceram frágeis concebendo uma atenção de primeiro contato com potência limitada para resolver os problemas de saúde da população de maneira acolhedora e produzindo vínculos longitudinais no território. A gestão do trabalho é um dispositivo para atração e fixação de profissionais de saúde, sobretudo médicos para a APS/ESF, quando realizada de maneira adequada à vinculação trabalhista, atrelando o componente educativo para produzir reflexões acerca do trabalho e o permanente aprendizado em serviço. Nesse sentido, os profissionais da saúde perceberam que os processos educativos não estavam surtindo efeito no seu processo de trabalho, ou seja, a gestão do trabalho em saúde permanece burocrática, ritualística e não logra produzir novas subjetividades para produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Campo GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre atenção básica e a estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
2. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):975-86.
3. Merhy EE, Franco TB. Reestruturação produtiva em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.348-52.
4. WHO. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
5. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface*. 2007; 11(23):427-38.
6. Gil CRR. Formação de recursos humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):490-98.
7. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41-65.
8. Peduzzi M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface*. 2009; 13(30):121-34.
9. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: Edufba; 2010.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/MS; 2002.
11. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research*. 2003; 38(3):831-65.
12. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*.

2008; 24(1):193-201.

13. Wermelinger M, Machado MH, Oliveira ES, Moyses NN, Ferraz W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; (45):54-70.

14. Rodrigues AAAO, Freitas MYGS, Pires NR, Assis MMA, Martins Júnior DF. Formação e capacitação profissional no Programa Saúde da Família de um município da região Sudoeste da Bahia. In: Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Edufba; 2010.

15. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/SAS/DAB, 2005. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

16. Lopes MJM, Leal SMC. A feminilização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*. 2005; 24:105-25.

17. Antunes R, Alves G. As mutações do mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Rev. Educ. Soc.* 2004; 25(87):335-51.

18. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 6(2):341-60.

19. Varella TC, Pierantoni CR. Mercado de trabalho: re- vendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis: revista de Saúde Coletiva*. 2008; 18(3):531-44.

20. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2006.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2011.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: DAB/SAS/MS, 2012. [Citado 2012 ago. 30] Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.

Conflito de interesse:

Não há conflito de interesse. Trata-se de uma Pesquisa Multicêntrica. Apoio Financeiro: FAPESB (Bahia), Ministério da Saúde (DECIT), CNPq.

Submissão: outubro/2013

Aprovação: junho/2014
