CONNECTION LINE
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG

ISSN 1980-7341
n. 10 (2013)

O PREPARO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA O TRABALHO: A LACUNA ENTRE A FORMAÇÃO E A PRÁTICA PROFISSIONAL.

Valeria de Carvalho Araújo Siqueira[1]
Maria Aparecida Munhoz Gaíva[2]

RESUMO

Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como principais diretrizes a integralidade; a resolutividade; a territorialização e a discrição da clientela. Além do trabalho em equipe, da intersetorialidade, do vínculo e corresponsabilização e finalmente o foco de atenção à família. Para que ocorram mudanças no modelo assistencial até então vigente, são necessárias mudanças no saber-fazer dessa equipe em seu processo de trabalho e na gestão. O objetivo do estudo foi conhecer através da literatura a formação e educação permanente para o preparo dos profissionais de saúde atuar na Estratégia Saúde da Família. Observou-se que a formação dos profissionais de saúde ainda está muita centralizada na formação clínica. A ESF é vista de forma pontual e deslocada da prática. Não são discutidos conceitos básicos como o trabalho com a família. Nas capacitações recebidas pelos profissionais são abordados principalmente temas relacionados aos grupos prioritários de atenção à saúde. A análise dos achados deixa claro que muitos profissionais que atuam na ESF têm dificuldades em compreender e desenvolver o trabalho voltado para a família como uma parceira nos cuidados à saúde. Isso se deve ao fato de não terem sido preparados na sua formação ou na educação permanente para este cuidado, além das dificuldades no cotidiano do trabalho.

Palavras-chave: educação permanente, profissionais de saúde, estratégia Saúde da Família (ESF)

ABSTRACT

In line with the principles of the Health System, the Family Health Strategy (FHS) has as main guidelines completeness; the resolution, the territorial and registration of clients, teamwork, intersectorality; the bond and shared responsibility, and the focus of attention to family. To be changes in the health care model, then in force, changes are necessary know-how that team in their work process and management. The study objective through literature the formation and the permanent education for the preparation of the health professionals to act the Family Health Strategy .

It was noted that training of health professionals is still very centered on clinical training. The ESF is seen in a timely manner and the practice shifted. Are note discussed basic concepts like work and family. In the trainings received by the professionals are mainly discussed issues related to priority groups of health care.

The analysis of the findings makes clear that many professionals working in the ESF have difficulty understanding and develop the work of a family as a partner in health care. This is because they were not prepared in their training or continuing education for this care, in addition to difficulties in daily work.

Keywords: permanent education, health professionals, Family Health Strategy (FHS)

[1] Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do UNIVAG.
[2] **Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFMT.**

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil em 1994, inicialmente como um programa do Ministério da Saúde e consolidada como estratégia em 1997, visando à reorganização do modelo assistencial de saúde na atenção básica. Possui caráter substitutivo, o qual consiste em mudança de práticas de caráter curativo para a vigilância em saúde e ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2001a).

Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF possui como principais diretrizes a integralidade; a resolutividade; a territorialização e adscrição da clientela; o trabalho em equipe; a intersetorialidade; o foco de atenção à família; o vínculo e a co-responsabilização. Para que ocorram mudanças no modelo assistencial até então vigente, são necessárias mudanças na gestão, bem como no saber-fazer dessas equipes em seu processo de trabalho.

Diante disso, Franco e Merhy (2007) reforçam que a mudança de modelos tecnoassistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova forma de pensar o trabalho e a adesão dos trabalhadores ao novo projeto. É preciso modificar a micropolítica do processo de trabalho, fazendo-o operar de forma a valorizar as relações e as subjetividades, para que esteja em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se efetiva apenas por normas preconizadas verticalmente.

Reiterando isso, a expansão rápida das equipes tem trazido à tona várias dificuldades no cotidiano do trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF), entre elas, o perfil inadequado dos profissionais que atuam na ESF. Alguns autores vêm destacando que a estratégia atingiu um progresso mais rápido do que a mudança na formação e no processo de educação permanente dos profissionais. Assim, foi necessário lançar no mercado, profissionais que, até então, não estavam preparados para atuar neste cenário (GIL, 2005; CECCIM, 2005).

Diante desse panorama, surgiram questionamentos sobre o preparo dos profissionais que atuam nas equipes. Consideramos neste estudo que o preparo é todo o aporte

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

teórico, metodológico e técnico recebido pelos profissionais durante a formação e capacitações para desenvolver as atividades na ESF.

Assim, primeiramente o que nos motivou a realização desse estudo foi o fato de percebemos que, em nossa realidade, os profissionais das equipes de saúde da família têm dificuldades em trabalhar em consonância com as diretrizes da ESF. Observamos, ainda, que o despreparo dos profissionais da saúde está muitas vezes relacionado à formação acadêmica e falta de capacitação periódica, entre outros aspectos.

Destacamos alguns estudos que vêm mostrando que os profissionais de saúde, em especial das equipes de saúde da família, tem dificuldades de trabalhar na ESF. Esses autores apontam que as dificuldades estão associadas à falta de conhecimentos e habilidades no que tange aos instrumentos e estratégias para se trabalhar com famílias, bem como a organização do processo de trabalho, seja no interior da equipe, ou na gestão do serviço, que não cria condições para que haja o desenvolvimento desse tipo de atividade (MACHADO et al (2006); MANFRINI E BOEHS (2004); RIBEIRO (2004); CENTA et al (2004); OLIVEIRA E MARCON (2007).

A literatura e a prática profissional mostram que ainda é predominante na ESF a atenção individualizada e fragmentada focada no indivíduo, e quando direcionada à família esta é assistida, sobretudo como mera provedora de cuidados de um dos seus membros com necessidades de saúde. Este por sua vez, visto principalmente em sua dimensão biológica.

Em Mato Grosso, a realidade não é diferente, pois no decorrer da minha vida profissional, tanto como integrante de equipes de saúde da família em mais de um município do estado, ou como docente do estágio supervisionado de enfermagem nas USF, percebo essas mesmas dificuldades. Percebi ainda que, na prática, a organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família nem sempre se dá como a ESF preconiza.

Dessa forma, este estudo buscou conhecer através da literatura a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde para atuarem na estratégia Saúde da Família.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

A Educação Permanente em saúde como estratégia de reaproximação entre a formação e o trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Ao propormos falar do preparo dos profissionais das equipes de saúde da família para o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), optamos por considerar como preparo neste contexto todo o aporte teórico, metodológico e técnico ofertado ao profissional durante a sua formação na graduação e durante sua atuação profissional através das capacitações.

Neste estudo usamos o termo capacitação no sentido de Educação Permanente em Saúde (EPS). Propusemos então, apresentar como tem sido realizada a EPS para os profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família, em especial no que diz respeito à abordagem da família. Pontuamos ainda algumas considerações sobre o processo de formação dos profissionais de saúde, uma vez que ele tem aspectos relevantes e fundamentais para a atuação profissional na ESF.

Segundo Mardsen (2009) para mudarmos o modelo vigente de atenção à saúde, é necessário interferir na formação dos profissionais, e voltarmos esses profissionais a novos conceitos de saúde, cuidados e necessidades dos usuários. É preciso ainda atualizar a percepção dos usuários para esses novos conceitos, utilizando de tecnologias como escuta, vínculo acolhimento e autonomização.

A educação em nosso país é regida pela Constituição Federal e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) pela Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Encontra-se organizada em dois níveis, educação básica e educação superior e em duas modalidades, educação de jovens e adultos e educação especial, estabelecendo-se ainda e com a mesma classificação de modalidade, a educação profissional complementar à educação básica e que é tratada como um sub-sistema de ensino (BRASIL, 1996).

O Decreto nº 5.154 de 2004, que regulamenta a educação profissional, determina que ela seja oferecida por meio de três tipos de cursos: 1) de formação inicial e continuada, ofertados em todos os níveis de escolaridade; 2) de educação profissional técnica de nível médio desenvolvidos, de forma articulada com o ensino médio; 3) cursos de educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação (BRASIL,2004).

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pela LDB, confere às Instituições de Ensino Superior (IES) novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) representa um avanço pelo fato de induzir maior articulação das IES com a sociedade e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCN reforçam a necessidade de orientar a formação profissional voltada ao trabalho no SUS (BRASIL, 2007a).

As DCN, através do Parecer nº CNE/CES 583 de abril de 2001, estabelecem orientações para os cursos de graduação e propõem, dentre outras coisas, que contemplem as competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelo aluno ao longo do curso de graduação (BRASIL, 2001b).

Já as DCN para os cursos de graduação na área da saúde (medicina, enfermagem e nutrição) estão descritas no Parecer CNE/CES nº 1133 de agosto de 2001 que objetiva a formação dos profissionais de saúde voltados à atuação no SUS (BRASIL, 2001c)

No âmbito do ensino técnico, as DCN para o ensino técnico - área da saúde - e o sistema nacional de educação tecnológica definem as competências como elemento central nos processos formativos, devendo os currículos ser organizados com base nesta noção (BRASIL, 1999).

Já o ACS não possui formação na área da saúde e seu trabalho é respaldado na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, que define em seu artigo 2º que a profissão do ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e da ESF e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002).

As mudanças nos currículos ainda são lentas, o que se deve talvez, em parte, ao curto período decorrido desde a homologação das DCN. Sua criação representa o processo de tornar legais movimentos que já vinham ocorrendo de forma isolada em algumas

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

universidades, fazendo com que seus fundamentos ganhem projeção nacional, algo ainda em processo (MARDSEN, 2009)

Alguns autores, como Ceccim e Feuerwerker (2004), Ceccim (2005) e Gil (2005) têm pontuado que ainda há essa predominância do modelo biomédico no que tange à formação e educação permanente dos profissionais de saúde, reafirmando a necessidade de mudanças efetivas na formação e capacitação para termos profissionais atuando realmente na perspectiva da integralidade e norteados pelos demais princípios que regem o SUS e a ESF.

Devemos pensar a formação como local de produção de subjetividades, desenvolvimento de habilidades técnico-científicas e conhecimento do SUS, preparando o profissional para atender as necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social, objetivando transformar as práticas profissionais e a organização do processo de trabalho, orientada pelas tecnologias leves, para o acolhimento e cuidado, a fim de atender tais necessidades de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante deste contexto, discutiremos a seguir alguns aspectos referentes às políticas públicas de educação permanente em saúde que englobam essas questões, para que possamos compreender como os profissionais de saúde, atualmente, estão sendo preparados para atuar na ESF e assistir à família.

Para Gil (2005) e Camelo e Angerami (2008), tão importante quanto discutir a formação dos profissionais de saúde para atuar no SUS é educar aqueles profissionais que já estão inseridos neste contexto, buscando meios de minimizar uma formação inadequada e de transformar suas práticas, atendendo à perspectiva da integralidade.

O movimento de reforma sanitária e todo o processo de consolidação do SUS trouxeram debates e necessidades de transformação das práticas de saúde, vindo à tona questionamentos em relação aos recursos humanos e à formação em saúde, tendo em vista que os profissionais são elementos chave para desencadear reais mudanças.

A 8ª CNS realizada em 1986, além de ter sido um marco histórico para a definição do SUS, apresentou especialmente um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos em saúde. O tema, embora abordado em outras conferências, em especial

CONNECTION LINE
REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

na 3ª Conferência, apresentou um espelho das transformações e crises acumuladas ao longo das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação no país (BRASIL, 2006b).

A I CNRHS que ocorreu também em H WHHYFRPRWPD FHQDDO3 RQVFD GH5 HFXUVRVXPDQRV5XPR j 5HIRUPD6DQLWiULD´IRLGHEDWDGDSDUWHGHFLQFRWHPiWLFDV valorização profissional, preparação de recursos humanos, criação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços (BRASIL, 2006b).

Em 1988, com o advento da Constituição Federal e a criação do SUS, as discussões em torno dos recursos humanos e formação na saúde, mantiveram-se nas demais conferências nacionais de saúde e conferências nacionais de recursos humanos em saúde, que aconteceram em anos subsequentes.

Com a implantação do PSF, em 1994, e a consolidação deste enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial na atenção básica surgiram novos desafios, entre eles encontrar profissionais preparados para trabalhar neste novo cenário. Inserida no contexto do SUS, a ESF possui características peculiares, principalmente no que diz respeito à equipe interdisciplinar, vigilância à saúde, territorialização, vínculo com a comunidade e foco de atenção voltado à família.

De acordo com Gil (2005), tem sido constatado que os profissionais formados possuem perfis não adequados para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde para práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde (CNRHS) de 1986 e 1993, assim como na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/SUS) de 2002, documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema.

Não é incorreto dizer que apesar do enfoque das políticas públicas da educação e da saúde para uma reorientação na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, e das tentativas e avanços ocorridos através de algumas experiências, ainda é predominante o modelo biomédico de atenção em nosso país, tanto no que diz respeito à

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

formação e educação permanente, quanto nas próprias práticas e nos processos de trabalho no interior das equipes de saúde da família, bem como na gestão desses serviços.

Portanto, foi ± e está sendo ± essencial a reformulação de políticas de educação e saúde que atendam a necessidade emergente de formar profissionais para atuar neste contexto.

No que diz respeito à capacitação de equipes para atuação no PSF, o Ministério da Saúde iniciou, em novembro de 1997, ano em que o mesmo se efetivou como estratégia, a implantação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família. Estes eram vinculados a um complexo institucional do qual faziam parte as IES e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde. Os pólos, concebidos como espaços de articulação interinstitucionais, foram financiados com recursos do ReforSUS, e destinados ao desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implantação da ESF nos diversos municípios do país (BRASIL, 2006b).

Para Gil (2005, p. 492), os pólos são entendidos como:

> Uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família, na abordagem da atenção integral, e destinava-se a promover ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente (GIL, 2005, p. 492).

Entre as ações desenvolvidas pelos pólos, estava a realização dos cursos introdutórios em saúde da família para as equipes atuantes na ESF. Posteriormente percebeu-se que essa capacitação não era suficiente para atender as necessidades de aprendizado dos profissionais para atuarem neste contexto. Além do que, devido a alta rotatividade dos profissionais das equipes, o atendimento às demandas dos novos membros que chegavam posteriormente não ocorria (GIL, 2005).

Para atender as necessidades de formação e capacitação dos profissionais de saúde, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria GM/MS nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um ponto de

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

reflexão na concepção, organização e forma de atuação dos pólos de educação permanente (BRASIL, 2006b).

A EPS, como política do Ministério da Saúde, prevê a construção de espaços locais, microrregionais e regionais formando as rodas de educação permanente em saúde. Propõe que a transformação de práticas profissionais deve estar focada na problematização in loco, nas necessidades dos trabalhadores, da população, da gestão setorial e do controle social (BRASIL, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo esses autores, as rodas de educação permanente vistas como articulações interinstitucionais, apoiadas pelo SUS, formam espaços de novos mecanismos de planejamento e gestão das instituições e serviços, e possuem como diretriz conceitual a integralidade do atendimento, a ampliação da clínica, o conhecimento da realidade, a equipe multiprofissional, a ação intersetorial e a humanização.

Buscando dar subsídios aos impasses da EPS e como forma de valorização e qualificação dos trabalhadores, o Ministério da Saúde criou em 2004, pela Portaria GM/MS nº 827/2004, reestruturada pela Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que assume a responsabilidade pela formulação e implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no país. A SGTES foi organizada em dois Departamentos, um de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e outro de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A este último foi dada a responsabilidade de promover políticas e articular ações que viessem ao encontro das necessidades dos recursos humanos que atuam no SUS (BRASIL, 2006b).

Ainda, em 2007, foi editada a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007b).

Além disso, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde instituídas pela Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram as várias dimensões do funcionamento do SUS. Na sua regulamentação explicitam-se três dimensões - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão - que expressam mudanças significativas para o fortalecimento do SUS e possibilitam a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

institucionais vigentes. Uma das responsabilidades da União com a educação na saúde, apontada no documento que estabelece as diretrizes do Pacto pela Saúde, ratificado pela PNAB, é articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde, o que reafirma o preceito constitucional (BRASIL, 2007a).

Um programa instituído em 2006 foi o Programa Nacional de Reorientação Profissional (PRÓ-SAÚDE), que foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite. O PRÓ-SAÚDE tem o papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente, por serem aqueles que integram profissionais no âmbito da ESF (Enfermagem, Medicina e Odontologia), como para outros da área da saúde, pois, a partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama na formação profissional em saúde. Algumas instituições, a partir do modelo PRÓ-SAÚDE, têm iniciado projetos de reorientação de forma integrada com seus outros cursos da saúde (BRASIL 2007a).

O Pró-Saúde está em sua segunda etapa e já alcançou 265 cursos da área da saúde em 68 Universidades (BRASIL, 2008a). Até o momento, Mato Grosso não faz parte do programa.

O objetivo geral do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

Nesta perspectiva, a essência do PRÓ-SAÚDE é aproximar a academia dos serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira. Com a implementação deste, busca-se intervir no processo formativo para que a graduação desloque o atual eixo da formação, centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas, para um processo sintonizado com as necessidades sociais, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população. Desta forma, pretende-se preparar os profissionais para a abordagem dos determinantes do processo saúde-doença na comunidade e em todos os

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG
n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

níveis do sistema, conforme as diretrizes de universalização, equidade e integralidade (BRASIL 2007a).

Dando continuidade aos investimentos na educação para os trabalhadores das equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde instituiu em janeiro de 2007, o Programa Nacional de Tele-saúde. Este tem como objetivo desenvolver as ações de educação permanente, com vistas à educação para o trabalho, na perspectiva de mudanças nas práticas dos profissionais das USF (BRASIL, 2008). O programa foi implantado inicialmente em nove estados brasileiros e Mato Grosso está se preparando para fazer parte do projeto em sua segunda fase.

De acordo com a PNAB, o processo de capacitação e educação para atuar na ESF deve iniciar-se concomitantemente ao começo do trabalho das equipes, por meio do Curso Introdutório para todos os seus membros, ou, em até três meses, após a implantação das equipes (BRASIL, 2006a).

Sabemos que nem todos os membros da equipe são capacitados, e nem sempre o preparo do profissional é realizado no momento em que estes iniciam suas atividades na saúde da família. Isso se dá por diversas razões, uma delas é a alta rotatividade de profissionais nas equipes ou seja, não há como capacitar isoladamente, uma vez que para que ocorra o treinamento, que deve ser mais descentralizado possível, o município e/ou a regional devem se articular com a assessoria do estado, e seguindo normativas do Ministério da Saúde, ter um número razoável de profissionais para que se efetive o treinamento. O ideal é que todos os integrantes da equipe façam o curso juntos, para que a discussão de saberes e a construção de conhecimentos estejam em sintonia com as necessidades de uma dada realidade.

Para Gil (2006) a alta rotatividade de profissionais nas equipes vem acompanhada da perda de investimentos dos gestores em processos de capacitação e qualificação daqueles profissionais para as novas práticas, tais como os próprios cursos introdutórios em saúde da família. Mesmo com outras iniciativas, como os cursos de especialização e de residência que têm sido ofertados no país, estes se mostraram insuficientes para envolver e/ou manter os profissionais vinculados aos serviços.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários (morbimortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades existentes. Contribui também para que os profissionais compreendam e apreendam os indicadores do SIAB, estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, que ofereçam suporte ao processo decisório da USF.

Em termos gerais, espera-se que o profissional, uma vez qualificado através do curso introdutório, esteja capacitado a:

• Compreender os princípios e diretrizes básicas da ESF, no âmbito do SUS.

• Identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de saúde da família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, organização do processo de trabalho e intersetorialidade.

• Compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das USF (BRASIL, 2000).

Franco (2007) refere existir um paradoxo que se apresenta como um importante “ruído” nas políticas de educação para o setor da saúde, pois se por um lado há muitos investimentos institucionais do Ministério da Saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS, de outro observa-se baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção do cuidado.

Para este autor (2007, p. 436)

> Os processos de mudança no SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, com base na reorganização do processo de trabalho, devem ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela aparece como a metodologia eficaz para agregar novos conhecimentos às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde. Tudo isso tem como pano de fundo a micropolítica dos processos de trabalho que operam nos diversos cenários do SUS, sejam aqueles mais relacionados à esfera da gestão ou aqueles mais relacionados ao âmbito assistencial.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

Reiterando esse aspecto, uma pesquisa realizada com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde de seis equipes de saúde da família do município de Ribeirão Preto-SP, identificou que grande parte dos profissionais referiu que a falta de preparo/capacitações para atuação na ESF é uma situação angustiante, por dificultar a realização de ações conforme a necessidade da população, gerando insatisfação no trabalho (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Diante disso, Gil (2006) afirma que o ato de prestar o cuidado, ou o momento de realizar as ações de saúde quando cada profissional está diante do usuário desenvolvendo determinada ação, é o ponto relevante deste processo, é o alvo que se quer atingir. É no momento do cuidado, em si, que o profissional necessita dispor de seus conhecimentos, habilidades, atitudes e competências para tecer o trabalho em saúde. É neste momento que a educação permanente se traduz em um novo *modus operandi* de realizar a prática e, assim, responder à missão institucional à qual o profissional e o serviço estão vinculados.

Considerações finais

O desenvolvimento deste estudo deixa a certeza de que no preparo dos profissionais das equipes de saúde da família para o trabalho, é essencial que se observe o cotidiano dinâmico e a constante mutação onde se dá sua prática. É, portanto, subsídio para a qualidade da assistência prestada e à resolutividade das ações.

Os aspectos apontados neste estudo são inúmeros, e, por serem tão abrangentes possibilitam a discussão mais aprofundada dos apontamentos relatados pelos profissionais no que se refere ao preparo para o trabalho com famílias na ESF.

O estudo sinaliza necessidades de outros investimentos em pesquisa, dentre elas, um estudo mais acurado acerca da formação dos profissionais da área da saúde. Portanto, lacunas se abrem para o aprofundamento nas discussões que envolvem a ampla e complexa temática do preparo profissional no âmbito da ESF.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei n º 9.394** de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 1O/11/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CEB n.º 4,** de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 1999. Disponível em: www.mec.gov.br. Acesso em: 13/12/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. Milton Menezes da Costa Neto (Org). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Guia prático do programa saúde da família**.Parte II. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 62 p.

BRASIL. **Parecer CNS/CES nº 583** de abril de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2001b.

BRASIL. **Parecer CNS/CES nº 1133** de 07 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Lei nº 10.507, de 10 de julho 2002.** Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 03/02/2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 5154** de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os art. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda:** pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)

ISSN 1980-7341

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.188 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria GM/MS 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em 10/11/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa de monitoramento e avaliação da gestão do **Painel de indicadores do SUS.** nº 4. Brasília: SUS. Ministério da Saúde, 2008.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família, **Revista Ciência, cuidado e saúde**, Maringá-PR, v.7, n.1, p. 45-52, jan/mar, 2008.

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, jan/jun, 2004.

CECCIM, R. B.. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ,** Botucatu-SP, v.9, n.16, p.161-77, fev.2005.

CENTA, M.L, et al. Realidade vivenciada pelos enfermeiros em programa saúde da família. **Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v.6, n.1, p. 9-16, jan/abr, 2004.

FRANCO, T. B. Produção de cuidados e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde do Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu-SP, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRANCO, T. B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Emerson Merhy et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-134.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 490-498, mar/abr, 2005.

CONNECTION LINE REVISTA ELETRÔNICA DO UNIVAG n. 10 (2013)
ISSN 1980-7341

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em saúde da família:** expressões de um cotidiano em construção. 2006. 318 f. Tese (Doutorado) – Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

MACHADO, T. C. M. et al. Cuidando de uma família de acordo com o modelo calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília – SP. **Reme: Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, MG. v. 10, ano 1, p. 69-74, jan./mar, 2006.

MANFRINI, G. C.; BOEHS, A. E.; Entrevista com a família: uma estratégia para conhecer e para cuidar. **Família, Saúde e Desenvolvimento.** Curitiba, v.6, n.1, p. 49-56, jan./abr. 2004.

MARDSEN, M. **A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio.** 2009. 140f**.** Dissertação (Mestrado) – Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, mar, 2007.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Lat Am Enferm,** Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 4, p. 658-644, agosto, 2004.