

# Formação dos trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica

Maria Helena M. de Mendonça<sup>I</sup>, Maria Inês C. Martins<sup>II</sup>, L. Giovanella<sup>III</sup>

## Introdução

Este artigo traz reflexões sobre a gestão do trabalho em saúde com foco em categorias de análise, como a política de formação e educação permanente e a estruturação de parcerias entre gestores das Secretarias Municipais de Saúde e centros formadores para desenvolvimento de recursos humanos voltados para a Estratégia da Saúde da Família, cotejados com a política nacional de atenção básica.

As reflexões aqui apresentadas acumulam mais de sete anos de trabalho de um grupo de pesquisadores do Núcleo de Estudos Políticos-sociais em Saúde do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (NU-PES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ) em torno da avaliação da Estratégia da Saúde da Família.

O foco de investigação mais recente são as estratégias de qualificação dentro da Estratégia da Saúde da Família, observadas pelo estudo "Implementação da Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos<sup>IV</sup>", realizado em 2008-09 e financiado pelo Fundo Nacional de Saúde. Este estudo, de natureza avaliativa qualitativo-quantitativo, atualizou estudos anteriores<sup>4</sup> que subsidiaram a definição do Projeto de Expansão da Estratégia da Saúde da Família (PROESF) e o estudo de Linha de base do referido projeto no Estado do Rio de Janeiro<sup>9</sup>. Contemplou a perspectiva de diferentes atores que compõem e integram a rede de relações de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) em quatro municípios de grande porte, utilizando-se de técnicas diferentes para abordar cada grupo de atores e cada eixo temático investigado – integração da atenção,

gestão do trabalho em saúde e intersetorialidade.

Os resultados observados variam em função das estratégias de enfrentamento da baixa qualificação dos trabalhadores de nível superior em relação à especialização em saúde coletiva, saúde pública e saúde da família, que sustenta a busca por parte dos gestores por novos modelos de qualificação, em parceria com centros formadores, universidades, escolas de saúde.

Destacam também a necessidade da formação se alinhar com os princípios orientadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), no sentido de maior comprometimento dos profissionais, sobretudo médicos, com o modelo de atenção básica que se vem implantando.

## Contexto

No processo de implementação da ESF no âmbito do SUS a partir de 1994, a gestão do trabalho em saúde enfrenta limites quanto à necessária ampliação e fixação do quadro de pessoal, sobretudo no nível municipal, diante das responsabilidades assumidas pelo sistema de saúde neste nível de governo.

As Reformas Administrativas, efetuadas a partir de 1995, voltavam-se para a redução do papel do Estado e para o controle dos gastos públicos, e favoreciam a desregulamentação das relações de trabalho no setor público. Medidas "flexibilizadoras", criadas por dispositivos legais complementares, modificaram as condições do uso da força de trabalho, de sua remuneração e de sua proteção, alcançando mesmo as estruturas de representação – sindicatos e Justiça do Trabalho.<sup>2</sup>

Novas normas jurídicas permitiram que instituições privadas em associação com o Estado cumprissem os objetivos de bem-estar social, em especial a prestação de serviços<sup>10</sup>. Paralelamente, medidas restritivas para contratação de pessoal no setor público, entre elas a Lei de Responsabilidade Fiscal, resultaram em profunda precarização das relações, remuneração e

<sup>I</sup> Socióloga, Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ.

<sup>II</sup> Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela ENSP, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ.

<sup>III</sup> Médica, Doutora em Saúde Pública pela ENSP, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ.

<sup>IV</sup> Giovanella, L.; Escorel, S.; Mendonça, MHM ET al. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: NU-PES/DAPS/ENSP, 2008.

condições de trabalho dos trabalhadores da saúde e na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, mediados por cooperativas, fundações privadas e ONGs.

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado nesse período, foi uma das áreas mais impactadas por este novo arranjo político-institucional, como demonstram diversos estudos que evidenciaram um percentual elevado de trabalhadores de saúde vinculados por meio de entidades diversas<sup>10, 4, 8</sup>.

Estes estudos indicam que, se por um lado essas diretrizes favoreceram a expansão da ESF com a incorporação de novos agentes de saúde, por outro, o arranjo mencionado foi um fator negativo para a consolidação da mesma em termos da inserção e fixação de trabalhadores. Especialmente no que diz respeito à possibilidade de os municípios em garantirem, sobretudo quanto aos médicos, o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais preconizadas.

Os Municípios, seguindo os passos das políticas de incorporação de pessoal do governo federal, entre 1995 a 2004, restringiram os concursos públicos e estimularam outras formas de contratação. O PSF, ao se expandir para os grandes centros urbanos, onde encontra uma estrutura de serviços já consolidada, tem o desafio de combinar diversas estratégias de emprego, utilizando-se de diferentes vínculos trabalhistas que dão margem a conflitos e contestações judiciais.

A elaboração de novo perfil profissional, a partir da relação de trabalho e do processo de educação continuada dos profissionais, não excluiu o aproveitamento do quadro estatutário das Secretarias Municipais de Saúde, condicionado a que os profissionais aceitassem a alteração do processo de trabalho e a pactuação de alguma forma de complementação salarial no PSF<sup>8</sup>.

Contudo, esse quadro se alterou a partir de 2005, quando o governo federal passou a se comprometer com a meta da regularização das relações de trabalho no setor público, com reflexos nos municípios. Assim, a tendência de inserção profissional diferenciada, em face da implementação da ESF, vem substituída por formação de quadros próprios, incorporados a partir da realização de concursos públicos, como constatou o estudo nos quatro municípios. Embora em três dos municípios estudados mais de 70% dos Agentes Comunitários de Saúde sejam contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), continua sendo um desafio consolidar a contratação desses trabalhadores no SUS.

O mercado de trabalho no setor saúde obedece a particularidades do processo de trabalho e da estrutura ocupacional no setor público de saúde. Nesse setor, as atribuições das categorias profissionais exigem uma qualificação própria que, em alguns casos, é regulada externamente, mesmo que com o controle do poder público<sup>3</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, com base nos programas de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Um dos fundamentos dessa política é valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação<sup>1</sup>.

Entre as responsabilidades definidas para cada nível de governo destacam-se as relativas à gestão do trabalho, tanto do ponto de vista da inserção, como da qualificação de recursos humanos para a gestão, para a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes. O processo de capacitação deve ser concomitante à formação e início do trabalho das equipes, tendo no curso introdutório um meio de educação permanente para todos os profissionais sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com as SMS, seguindo regulamentação dos conteúdos mínimos dos mesmos pelo Ministério da Saúde.

A este cabe, especialmente, articular com o Ministério da Educação estratégias que induzam mudanças nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde, aproximando-os dos princípios do SUS e do perfil adequado para um processo de trabalho em equipe multiprofissional, que vai desde a promoção da saúde à assistência básica integral e contínua. No âmbito dos Estados, essa articulação com as instituições formadoras deve se voltar ao atendimento das demandas e necessidades de educação permanente, identificadas nos municípios e pactuadas nas Comissões Intergovernamentais Bipartites.

Na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do novo modo de produção, implicam a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida, que lhe permita enfrentar a diversidade e a "adversidade" do processo da saúde no mundo atual.

Segundo Machado e colaboradores<sup>7</sup>, a especialização da categoria médica, no Brasil, é obtida por meio de exame de ordem, feito por sociedades

de especialistas, que pode ser realizado a qualquer tempo ou de residências médicas, cursos de pós-graduação *lato sensu* em tempo integral, por um período de aproximadamente dois anos, regulados pelo MEC/SESU.

A Resolução CNS nº 287/1998 estendeu a estratégia de residência como forma de qualificação e especialização dos profissionais de saúde para as demais profissões, na modalidade de Cursos de Especialização, nos moldes de residência, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para trabalhar na ESF. Esta Residência, de caráter multiprofissional, é orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, definida pelas necessidades e realidades locais e regionais e abrange diversas profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Em 2003, foi aprovada a Residência em Saúde da Família e Comunidade, destinada a formar médicos especialistas na Atenção Primária, com enfoque comunitário, para atuarem na perspectiva da promoção de saúde. Inicia-se, portanto, com atraso em relação à implementação do PSF, um novo modelo de residência médica cujo *locus* de atuação foge ao modelo tradicional localizado no sistema hospitalar.

A expansão da ESF questiona as formas tradicionais já consolidadas e socialmente reconhecidas de educação, e reforça a exigência de garantir competências e habilidades-chave dos profissionais para cumprir os objetivos definidos do novo modelo de atenção primária – promoção da saúde, integralidade da atenção e do cuidado, garantia do direito a saúde<sup>11</sup>.

### **Estratégias de formação profissional e educação permanente na atenção primária**

A vontade política do gestor municipal para formar a força de trabalho da saúde da família, com vistas à sua fixação e qualificação para a atenção primária, é fator explicativo para diferenças de resultados nos processos de implementação da ESF nas diferentes cidades estudadas<sup>6</sup>.

As iniciativas são bem diferenciadas, partindo da gestão local, em alguns municípios (Aracaju, Belo Horizonte e Vitória), e em outro se caracterizando como um programa de extensão da universidade (Florianópolis). Quanto mais os municípios têm um programa de capacitação estruturado, observa-se um

percentual maior de profissionais qualificados na ESF, mesmo porque esse programa visa atender à forte demanda dos profissionais, sobretudo médicos, por formação para a atenção básica e educação permanente voltada para a atenção a grupos específicos. Há ainda, no âmbito estadual, um forte movimento para consolidar as Escolas Técnicas de formação profissional, que vem sendo trabalhado em rede.

Destacam-se, assim:

A valorização da formação em saúde pública, em medicina familiar ou em saúde da família, com vistas ao melhor desenvolvimento das ações e resolutividade da AB. Nos municípios de Belo Horizonte e Florianópolis se encontram bem estruturadas as iniciativas de parceria entre a SMS e as universidades, para capacitação e especialização na área de Medicina Comunitária e Saúde da Família e residências multiprofissionais. Já Aracaju apresenta fragilidades na formação básica de profissionais de saúde, devido à limitada oferta de cursos e de vagas nas universidades do estado. Contudo, a formação de um Centro de Educação Permanente em Saúde tem focalizado a educação para saúde no município.

O Município de Vitória desenvolve cursos de especialização para os profissionais de nível superior e de formação profissional para os trabalhadores de nível médio em Saúde da Família, firmando parceria entre a própria SMS e instituições acadêmicas, em escala que permite a qualificação em serviço e facilita a adequação do perfil profissional para Estratégia Saúde da Família em menor espaço de tempo.

A exigência recente de titulação de especialista em Medicina de Família e da Comunidade como requisito ao ingresso dos médicos, via concurso público, ao quadro permanente da SMS em Florianópolis, ainda que seja uma experiência sem possibilidade de difusão, dado o baixo número de especialistas atualmente existentes no País, possibilitou melhora da qualificação dos profissionais inseridos nas ESF.

A formação de enfermeiro para atuação em Saúde da Família deve ser também priorizada. Em parte das cidades, há a necessidade de ampliar a quantidade de profissionais médicos e enfermeiros com alguma formação específica para atuar na Estratégia de Saúde da Família. Em Aracaju, Florianópolis e Vitória, existe menos de 40% dos enfermeiros têm especialização em Saúde da Família. É diferente a condição dos médicos em Belo Horizonte e Florianópolis, que apresentam mais de 70% dos médicos com especialização em Saúde da Família ou título de especialista em Medicina Familiar e Comunitária.

Medidas facilitadoras que se fazem necessárias:

- Oferecer formação específica quanto a aspectos técnicos e clínicos voltados para a Atenção Primária para médicos, de forma a garantir maior segurança para esses profissionais quanto aos diagnósticos e à terapêutica, o que contribui para reduzir os encaminhamentos aos especialistas. Essa capacitação, experimentada em Belo Horizonte e Florianópolis, na forma de educação continuada com apoio de equipe de especialistas, é relativamente regular, confrontando o excesso de demandas aos profissionais da ESF;
- Qualificar em saúde pública os gerentes das Unidades de Saúde da Família contribuiria para habilitá-los melhor para articular ações coletivas e individuais na unidade básica. A incorporação/formação de sanitaristas potencializa a vigilância em saúde com monitoramento de indicadores epidemiológicos de cada território, em conjunto com as equipes;
- Capacitar os profissionais para aprimorar tanto a qualidade dos registros nos prontuários quanto as justificativas clínicas para exames e consultas contribuiria para melhorar a continuidade dos cuidados e aumentar a eficiência;
- Desenvolver, em nível local e nacional, estratégias para dar visibilidade ao trabalho dos profissionais de atenção primária como coordenadores dos cuidados e promover a atuação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), que carecem de reconhecimento e credibilidade, de modo a superar as relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada;
- Implementar estratégias de educação continuada com participação de profissionais dos diversos serviços;
- Desenvolver processos de supervisão com abordagem pedagógica e acompanhamento do desempenho dos profissionais e das equipes. A supervisão pode ser feita por gerentes locais e regionais, coordenações dos diversos programas e coordenadorias. Essa estratégia mostra-se exitosa na articulação e integração das atividades específicas dos programas de saúde coletiva pelos profissionais das ESF;

As estratégias de educação permanente que privilegiam o espaço de trabalho como de aprendizagem são fundamentais para a qualificação dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS). Realizadas por enfermeiros, podem contribuir para que a supervisão se processe mais em espaço de aprendizagem e menos no de controle gerencial. Observou-se, em

Belo Horizonte, que 12% dos ACS declararam não ter recebido qualquer capacitação. Quanto aos temas abordados na capacitação, destacam-se as relativas aos grupos de risco (materno-infantil, hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase), em todos os municípios. Há um espaço em aberto para a educação e desenvolvimento profissional.

## Referências bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.
2. Cardoso JR. Macroeconomia e Mercado de Trabalho no Brasil: trajetória recente e tendência aparente. [monografia na Internet]. Brasília, DF. [s.d.]. Acesso em 07/10/2008. Disponível em: [www.observrh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos](http://www.observrh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos) - acesso em 07/10/2008.
3. Dedeca CS, Rosandiski EM, Carvalho MS, Barbieri CV. Dimensão do Setor de Atendimento à Saúde no Brasil. [monografia na Internet]. Campinas: UNICAMP; 2004 [acesso em 07 out 2008]. Disponível em: [www.abep.nepo.unicamp.br/site\\_eventos\\_abep/PDF/ABEP2004\\_426.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_426.pdf) - acesso em 07/10/2008.
4. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB, 2002.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde/SPS/DAB, 2ª. Edição revisada, 2005.
6. Giovanella, L; Escorel, S.; Mendonça, MHM ET al. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos. Relatórios de Pesquisa. Rio de Janeiro: NUPES/DAPS/ENSP, 2009.
7. Machado MH, Rego S, Teixeira M. Os males da especialização médica no Brasil, Revista Ciência Hoje. 1997 Ago 22 (130):22-30.
8. Mendonça MHM. O SUS e Política de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro, Saúde em Debate. Cebes; 2007.
9. Mendonça, MHM, Murat, MV; Lobato, MFT; Najjar, A; Giovanella, L. Estudo de Linha de Base Do Projeto De Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio De Janeiro. Rio de Janeiro: ENSP, 2005.
10. Nogueira RP. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Ver. Serviço Social e Sociedade. [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 7 out 2008]. Disponível em: [www.observrh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos](http://www.observrh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestao&secao=Projetos%20e%20Estudos) - acesso em 07/10/2008.
11. Pierantoni CR, Varela TC, França T. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática. In: Barros AFR, et.al. org. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.