

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAMILA IZABELA DE OLIVEIRA

CONTRIBUIÇÕES DA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A  
PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada com requisito parcial para  
Obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Brasília  
2014

CAMILA IZABELA DE OLIVEIRA

CONTRIBUIÇÕES DA ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A  
PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada com requisito parcial para  
Obtenção de Título de Mestre em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 28/02/2014

BANCA EXAMINADORA:

Magda Duarte dos Anjos Scherer (Presidente)

Marisa Paccini Costa (Titular)

SES/DF

Mário César Ferreira (Titular)

UnB

Maria Fátima de Sousa (Suplente)

UnB

*Dedico este trabalho a minha mãe e ao Adriano  
pelos cuidados nos momentos mais difíceis.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e pela oportunidade de chegar até aqui.

Agradeço a Professora Maria Fátima de Sousa pelo direcionamento nos primeiros passos deste trabalho e por fazer a ponte com minha orientadora.

Agradeço a Magda Scherer, minha querida orientadora, pelo direcionamento de cada passo para a concretização do trabalho, pelo apoio nos momentos naturais e tortuosos para chegar até o final da pesquisa.

Às colegas do grupo de pesquisa PPSUS, Magda Scherer, Marisa Paccini Costa, Wania Carvalho, Glória e Luana Barberato pelo aprendizado, pelo prazer do convívio desde a concepção da ideia da pesquisa até o meu produto.

Agradeço aos colegas de classe, Eliane Pedroso, Wagner e Zaira Taveira pelo companheirismo e auxílio durante a jornada.

Ao apoio de Zaira Taveira e Wania Carvalho para a finalização do trabalho.

Aos professores pela disponibilidade dentro e fora de sala de aula.

Aos professores componentes da banca examinadora, Dr. Mário César Ferreira, Dra. Marisa Paccini e Dra. Maria Fátima de Sousa, por aceitarem gentilmente avaliar o meu trabalho.

Agradeço aos participantes da pesquisa, colegas de SES/DF, pela recepção de gentileza com que me trataram todas as vezes que precisei.

À FEPECS por abrir as portas todas as vezes que precisei, desde o fornecimento de dados ao espaço físico para realização do Grupo Focal.

Agradeço a FAP/DF pelo apoio para execução de toda a pesquisa.

A todos, meu sincero agradecimento.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

*(Madre Teresa de Calcutá)*

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*(Arthur Schopenhauer)*

## RESUMO

A pesquisa se desenvolve no contexto da Atenção Primária à Saúde, do trabalho em saúde e sua íntima relação com a formação antecedente e no curso do trabalho. Entende-se como formação para o trabalho o processo para dotar os sujeitos de capacidades para agirem no âmbito de suas realidades profissionais no Distrito Federal. O objetivo geral da pesquisa foi analisar as contribuições dos cursos de especialização em Saúde da Família e Comunidade para a prática profissional na APS. Os objetivos específicos buscaram caracterizar os egressos dos cursos de especialização segundo o perfil profissional e pessoal; conhecer as razões que levaram os profissionais a permanecer ou deixar de atuar na atenção básica; conhecer a motivação dos profissionais para ingressar no curso de especialização em Saúde da Família e Comunidade; identificar mudanças ocorridas nas práticas, na perspectiva dos profissionais e se tais mudanças ocorridas foram impulsionadas pela formação; identificar os elementos facilitadores e dificultadores para efetivação de mudanças nas práticas profissionais. O processo metodológico foi desenvolvido em cinco etapas: análise documental, mapeamento dos profissionais, questionário eletrônico, entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Os principais temas das entrevistas foram a identificação das motivações para ingressar no curso e atuar na atenção primária; quais eram as expectativas dos egressos e se elas foram respondidas; se o entrevistado identificou mudanças a partir do curso em seu processo de trabalho, no modo de fazer a gestão, a relação com indivíduo, família e comunidade e no trabalho em equipe.

**Palavras-chave:** Formação em saúde. Mudança de prática em saúde. Estratégia em Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Trabalho em Saúde.

## ABSTRACT

The research is developed under the context of Primary Health, health work and its intimate relationship with previous and continuing education in the course of work. It is understood as education for work the process of endowing individuals with the capacity to act within their professional realities in the Federal District. The overall objective of the research was to analyze the changes in the professional practices of healthcare driven by specialization courses in Family and Community Health, sponsored by the ESCS/FEPECS/SES/DF. The specific objectives sought to characterize the graduates of specialization courses according to the professional and personal profile; to get to know the reasons that led professionals to stay or leave work in primary care; to get to know the professionals' motivation to join the Course of Specialization in Health family and Community; to identify changes in practice from the perspective of professionals and whether such changes were driven by training; to identify facilitators and complicators to actualizing changes in professional practices. The methodological process was developed in five steps: document analysis, mapping of professionals, electronic questionnaire, semi-structured interviews and a focus group. The main themes of the interviews were to identify the motivations to join the course and act on primary care; what were the expectations of graduates and whether they have been answered; if the interviewee identified changes from the course in their work process, in the ways of managing, the relationship with the individual, family and community and teamwork.

**Keywords:** Health-related education. Change of health practice. Strategy in family health; Primary health. Work in health.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Participantes das entrevistas separados por turmas e categorias profissionais. ....	45
Quadro 2: Participantes do Grupo Focal separados por turma e categoria profissional. ....	46
Quadro 3: Quadro resumo das características dos Cursos I e II de Especialização em Saúde da Família e Comunidade .....	53
Quadro 4: Participantes dos cursos separados por turmas e por categorias profissionais .....	56
Quadro 5: Respondentes dos questionários separados por turmas e por categorias profissionais. ....	56



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Apoio Psico Social
CHA	Conhecimento Habilidades Atitudes
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DF	Distrito Federal
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
ESCS	Escola de Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAP	Fundação de Apoio da Pesquisa
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
GF	Grupo Focal
INPS	Imposto Nacional da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de Atenção Primária
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMA2	Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação
PMAQ	Programa de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PROESF	Programa de Reestruturação da Estratégia em Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES/DF	Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal
SSA2	Relatório da Situação de Saúde das Famílias
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
TP	Trabalho Prescrito
TR	Trabalho Real

UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
1.1 Contexto e Desenvolvimento de Atenção Primária no Brasil .....	18
1.2 O Contexto do Trabalho em Saúde.....	26
1.3 Desenvolvimento de Competências com a Formação .....	33
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>40</b>
2.1 Objetivo Geral .....	40
2.2 Objetivos Específicos .....	40
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>41</b>
3.1 Procedimentos de Coleta dos dados.....	42
3.2 Procedimentos de Análise dos dados .....	46
3.3 Procedimentos Éticos.....	49
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
4.1 Contexto dos Cursos.....	50
4.1.1 Atenção Primária à Saúde no DF e os Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade .....	50
4.1.2 Projetos Pedagógicos dos cursos .....	54
4.2 Os Profissionais e a Relação com os Cursos .....	55
4.2.1 Motivação dos Profissionais.....	57
4.2.2 Expectativas dos Profissionais.....	60
4.3 Mudanças Impulsionadas peloS CursoS.....	61
4.4 Lacunas, Dificuldades e Potencialidades dos Cursos .....	67
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>75</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>84</b>
<b>Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	84
<b>Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	85
<b>Apêndice C - Questionário</b> .....	86
<b>Apêndice D - Roteiro de Entrevista Individual</b> .....	88
<b>Apêndice E - Roteiro do Grupo Focal</b> .....	89
<b>ANEXO</b> .....	<b>92</b>
<b>Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	92



## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal (DF) se desenvolveu sob a implantação programática em momentos distintos desde 1997. Hoje consolidada a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), o contexto da APS no DF conta com investimentos crescentes no setor.

O foco na atenção primária se transformou na principal estratégia de mudança do modelo de saúde da época, focado na prevenção de agravos e promoção da saúde individual, familiar e coletiva. Além disso, visava corrigir as desigualdades herdadas do modelo anterior, focado na doença. A APS é orientada pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social, além da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização e da humanização. Ela constitui a base da atenção à saúde e atua com base no planejamento local para ordenar a rede e responder maior parte das demandas das pessoas. Uma das estratégias para fortalecimento da APS é o investimento para capacitação dos trabalhadores das equipes de atenção primária. O trabalho na APS é peculiar e conta com uma gama de ações num processo de trabalho organizado com atribuições específicas e comuns para cada membro da equipe.

O interesse para a pesquisa no campo da APS, surgiu durante a vivência de mais de cinco anos de atuação na APS e participação em diversas capacitações realizadas pela Secretaria de Saúde (SES) do DF ao longo desse tempo. Os limites e potencialidades entre articulação, ensino e serviço em prol de mudanças no trabalho e impacto na saúde da população são pontos fundamentais para a efetividade do trabalho em saúde na APS.

Esta atividade de trabalho em saúde não se constitui numa mera execução, mas no resultado das capacidades, recursos e escolhas do trabalhador. É o “trabalho vivo em ato”, que só acontece mediante a combinação entre o trabalhador e suas competências. É o modo singular de agir por meio de sua bagagem, ou seja, sua vivência, valores e contexto de vida.

O trabalho em saúde enfoca a prestação de serviços, cuja concretização se manifesta mediante a realização de uma atividade (RIBEIRO, 2004). É um trabalho

coletivo e compartimentalizado, realizado com profissionais de carreiras e níveis de escolaridade diversos, corresponsáveis pela prestação da assistência.

O trabalho em saúde constitui uma parte do setor de serviços com produção não material e coletiva, que é realizado por indivíduos pertencentes à estrutura institucional e diversos profissionais de saúde que são aqueles que detêm a formação profissional específica para desempenhar as ações de saúde. (FRAGELLI, 2013, p. 25)

A priori, os processos de formação profissional na saúde proporcionam instrumentos que possibilitam nortear a prática mediante a aprendizagem e reprodução de técnicas, rotinas, intervenções e procedimentos que visem a terapêutica/o tratamento, a prevenção de agravos, a promoção da saúde, a recuperação e a reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. Entretanto, é necessário compreender se a aprendizagem realmente promove mudanças no processo de trabalho e se a formação profissional constitui um produto que pode desenvolver mudanças originadas por essa inter-relação do indivíduo com a informação proveniente da instituição e/ou de sua experiência prática.

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo que conta com uma gama de profissões regulamentadas que se inter-relacionam em muitos momentos para atender as necessidades de saúde. A formação desses profissionais desencadeia a origem da acumulação de conhecimentos que se enriquece com a prática no trabalho individual e em conjunto. O mesmo cenário com o mesmo usuário possibilita uma série de escolhas por parte desses profissionais em que a intervenção se dará conforme a particularidade de cada profissão (JOAZEIRO, 2009).

Uma equipe de saúde é um espaço para se desenvolver competências no coletivo do trabalho, uma oportunidade para aplicação de saberes formais e informais, que são transmitidos, adquiridos e construídos em situações reais de trabalho (CECCIM, 2012).

Nas relações de trabalho da equipe, deve-se verificar se o processo de formação se reflete na situação de saúde das famílias, ou seja, se há planejamento de ações segundo o perfil epidemiológico e avaliação das práticas. Nesse processo é indiscutível a relação da formação para o trabalho e a concretização do desenvolvimento dessas competências.

Apesar da aplicação de uma escala de medidas para a competência ser limitada, ela se representa por atributos individuais ou organizacionais que podem ser adquiridos ou desenvolvidos por indivíduos em seus contextos de trabalho.

O conceito de competência é hoje amplamente difundido no mundo do trabalho e aplicado em variadas disciplinas científicas. Em saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania. (FRAGELLI, 2013, p. 41)

É importante saber se o processo educacional integra o ensino com o serviço, se está voltado à criação de valores e práticas referentes à abordagem integral do indivíduo, se de fato promove mudanças da prática profissional e se evidenciam alterações relevantes no processo de trabalho em saúde.

Esta pesquisa aborda o contexto do trabalho em saúde e sua íntima relação com a formação antecedente e no curso do trabalho. Entende-se como formação para o trabalho o processo para dotar os sujeitos de capacidades para agirem no âmbito de suas realidades profissionais.

O referencial teórico é apresentado no primeiro capítulo sequenciado em três tópicos. No primeiro tópico são abordados o contexto e o desenvolvimento da APS no Brasil e a influência de toda trajetória nacional e internacional para compor o retrato do AB do DF. São retratados o processo de decadência do modelo hospitalocêntrico e a força do movimento sanitário para reestruturação da saúde e inclusão da proposta constituinte dos princípios fundamentais do SUS e, na década de 1990, a implantação do modelo de saúde da família.

No segundo tópico são revisados conceitos de trabalho, processo de trabalho, trabalho em equipe/coletivo aplicados ao mundo do trabalho em saúde e a formação desse trabalhador para e no contexto da APS. Para uma visão mais ampla do trabalho foi abordada sua origem desde a etapa da subsistência à atividade remunerada. Na evolução dos conceitos sobre o trabalho na década de 1990 surge a separação do trabalho em suas nuances práticas e teóricas para melhor entender o que se pensa e idealiza sobre o trabalho e a distância ou coerência com o que é preconizado e a execução de fato (prescrito e real). Muito do que se fala sobre trabalho vem do que se discutia sobre o operariado e a influência Taylorista no período industrial. A ideia concreta que se tinha sobre o trabalho remetia à produção material. O trabalho em saúde difere dessas prerrogativas por contemplar uma

dinâmica imaterial, complexa, com “produção” indireta, que representa a prestação de um serviço. É precedido de uma formação para habilitar o sujeito para desempenhar sua função de forma tanto coletiva e comum quanto específica dentro de cada categoria profissional.

No terceiro tópico são retratados os multissentidos do termo competência e do ser competente para o trabalho. O sustentáculo teórico que aplica o desenvolvimento de competência ao trabalho é o referencial de Yves Schwartz que traz em seis ingredientes a evolução do sujeito na construção do ser/agir profissional. A capacidade de usar a norma instituída e reagir ao imprevisto da realidade do trabalho, numa perspectiva individual e coletiva, e a disposição para enriquecer a bagagem profissional são os patamares alcançados pelos ingredientes defendidos por Schwartz. Outras formas mais usuais de desenvolvimento profissional são abordadas para evidenciar os processos de formação para o trabalho, como a educação continuada, com foco no desenvolvimento organizacional por categoria; a educação permanente, que incorpora ao ensino a prática de forma crítica e reflexiva; e as capacitações, que visam atualizações para resolução de problemas. Todos têm uma relação intrínseca com a mudança da prática profissional. Algumas pesquisas sobre a temática de mudanças na prática profissional influenciadas por formações, retratadas ao final do capítulo, são importantes balizadores para a construção dos argumentos deste trabalho.

No segundo capítulo são apresentados os objetivos geral e específicos da pesquisa, que tem o foco principal na mudança no trabalho dos profissionais da APS.

No terceiro capítulo, “Percurso metodológico”, foi abordado o contexto do trabalho em saúde e os procedimentos de coleta de dados e de análise dos dados foram sustentados por Triangulação. O processo de análise e categorização dos dados e a seleção de artigos que evidenciam mudanças de práticas profissionais associados à formação profissional, foram essenciais para fundamentar a discussão que teve como foco o produto da participação dos sujeitos dessa pesquisa por meio das entrevistas e do grupo focal.

No quarto capítulo, “Resultados e discussão”, a pesquisa dimensionou as contribuições dos cursos de Especialização em Saúde da Família promovidos pela



ESCS/FEPECS/SES/DF na perspectiva dos egressos de dois cursos, o primeiro realizado em 2006 e o segundo em 2008.

No quinto são abordados o histórico da APS no DF e o contexto vigente dos cursos, parte trazidos pelos projetos pedagógicos deles. Os resultados do estudo trouxeram a análise das mudanças ocorridas nas práticas profissionais após a formação (especialização) para o trabalho em saúde da família.

Esta pesquisa compõe um segmento de um projeto maior que constitui a pesquisa PPSUS, que apresenta como um de seus produtos uma dissertação de mestrado. Neste contexto, pesquisadores e tomadores de decisão de políticas públicas, representantes da Universidade de Brasília, ESCS/FEPECS/SES/DF e Ministério da Saúde atuaram juntos na pesquisa.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 CONTEXTO E DESENVOLVIMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

No Brasil do início do século XX, ter saúde consistia em uma responsabilidade da população, sobretudo dos trabalhadores. A assistência era prestada pelas Santas Casas, filantropia da Igreja Católica para prestar serviços de saúde à população de baixa renda. Os mais abastados pagavam pelo atendimento médico domiciliar. A atuação do Estado era orientada pelo Sanitarismo Campanhista, um modelo de atenção marcado pelas contenções das epidemias responsáveis pelas principais causas de morte – varíola, malária, febre amarela, cólera, gripe espanhola (MERHY, 2009).

O que se concebia sobre o processo saúde-doença nessa época estava baseado na teoria da unicausalidade, ou seja, agentes etiológicos (vírus e bactérias), mesmo que ainda não bem definidos, eram responsáveis pelo adoecimento (ALMEIDA, 2009).

A partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, houve assistência de saúde voltada para trabalhadores e suas famílias e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, e emergiu, assim, a figura do médico sanitário no combate às epidemias.

Até o final da década de 1940, o modelo era hospitalocêntrico, fortalecido pela medicalização, pela tecnologia de equipamentos e pela especialização. Durante a ditadura militar, o fundo do INPS financiou a construção de hospitais privados que deveriam garantir a saúde dos trabalhadores que contribuía com esse fundo. Nessa época, a determinação da doença já admitia outros componentes como o social, econômico, cultural e biológico (ALMEIDA, 2009).

No final dos anos 1970, surgem conselhos populares que discutem a precarização da saúde. Nos anos 80 os movimentos populares a favor de uma saúde para todos ganham força, mas o contexto era de censura, que omitia os casos reais de doenças e epidemias. Logo após a queda da ditadura e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, emergiram propostas para a criação do Sistema

Único de Saúde (SUS), com princípios que abrangiam o potencial de assistência à saúde, mas o modelo vigente ainda era focado na atenção curativa e a noção de saúde era a ausência doença.

Com a decadência do modelo hospitalocêntrico no final dos anos 1970 e consequente baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população, surge a necessidade de uma estratégia para contradizer a essência ideológica do paradigma atual em busca de um modelo que tivesse a família como foco e a assistência direcionada à promoção de equidade, integralidade, universalidade e participação social (SOUSA, 2007).

O sistema de saúde público no final dos anos 1980 era caótico, desumano e as condições de saúde dos usuários eram cada vez mais precárias. O modelo clássico que vigorava nessa época se caracterizava pela atenção curativa, pelo atendimento à demanda espontânea, com baixa resolutividade dos problemas de saúde, com o saber centrado no médico e com uma ação setorial e desvinculada dos outros serviços.

No contexto da transição democrática e em meio a movimentos sociais e reivindicações de entidades representativas dos gestores e profissionais de saúde contra o modelo de saúde excludente e antidemocrático, se fortalece a motivação para a transformação na situação sanitária do país. Esse movimento, intitulado Reforma Sanitária Brasileira (RSB) resultou em propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e posteriormente pautou o texto constitucional acerca da assistência a saúde, idealizada até então.

O movimento sanitário influenciou a substituição da assistência vigente por outra pautada em três eixos: primeiro, a politização da atenção à saúde com o estreitamento entre a política e a comunidade; segundo, a norma constitucional que estabelece que a saúde é direito de todos e dever do estado e deve ter o foco em princípios fundamentais (equidade, universalidade, integralidade); terceiro, a mudança do arcabouço e das práticas institucionais com uma “reforma da reforma”, onde se consolidaram as Normas Operacionais Básicas (NOB), as Normas Operativas de Assistência à Saúde (NOAS), os pactos pela vida e gestão e determinou os repasses financeiros para a atenção básica, que foi o Piso de Atenção Básica (PAB), fundo a fundo (SOUSA, 2007).

Dentro dos discursos que culminaram na criação e implementação do SUS e da Atenção Básica (AB), havia aspirações de mudanças de paradigmas da causalidade das doenças, do modelo multicausal, com base no modelo da história natural da doença, os quais influenciaram o modelo da medicina preventiva (HEIMANN, 2005).

Na década de 1990, o modelo de saúde reafirma a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde. Como estratégia inovadora para mudança do modelo, houve a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que passou de programa a estratégia, com o objetivo de ser estruturador do SUS, como modelo de organização da atenção básica brasileira, que prioriza as bases teóricas da promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Neste contexto, o processo saúde-doença passa a ser compreendido como o resultado da combinação entre vários fatores como comportamentos individuais, meio ambiente, biologia humana, acesso a serviços de saúde, contexto social, cultural e econômico.

Após dez anos da criação do SUS, obtiveram-se transformações no sistema público de saúde brasileiro, principalmente com relação à AB, que ,segundo o Ministério da Saúde, seria uma prioridade. Houve aumento do acesso aos serviços de saúde principalmente nas áreas que não havia oferta de assistência. Estava previsto que a atenção primária objetivava a ampliação do acesso nas grandes cidades e no interior do país (HEIMANN, 2005).

A atenção básica ou APS – termos equivalentes de acordo com a PNAB (2011) –, defendida na Declaração de Alma Ata (1978), trouxe um novo conceito de saúde e configurou-se como o primeiro nível de atenção, que prioriza ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (SOUSA, 2006).

Os principais objetivos da APS são atender as especificidades dos municípios, a regionalização e a reordenação da demanda, seguindo diferentes formas de organização dos sistemas em prol da superação das desigualdades locais, em conformidade com os direcionamentos do SUS (HEIMANN, 2005). Isto é, a APS tem o potencial de organizar e racionalizar os recursos além de coordenar a atenção dispensada (SANTOS, 2005).

Esta organização, que compõe uma gama de serviços de saúde dentro do SUS, consiste no exercício de práticas do cuidado à gestão democrática e

participativa, centrada no trabalho em equipe, direcionada a populações definidas (territorialização) e com responsabilidade pelas demandas de maior frequência e relevância nesse território. A APS compreende uma modalidade de serviço que tem um importante papel: o primeiro contato do sujeito com serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Este sistema tem ampla atividade, que engloba cuidados essenciais, amplo acesso, primeiro contato, abordagem educativa, promoção de saúde e direcionamento aos demais sistemas de atenção de saúde conforme a necessidade.

Deve ser o contato preferencial dos usuários e a partir dele ter direcionamento ao restante da rede de atenção. É orientada pelos princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social) além da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização e da humanização. É um nível estratégico, pois constitui a base do cuidado, é resolutiva, com planejamento local e ordenação das redes. Segundo Starfield (1994), é capaz de responder a mais de 85% das demandas de saúde da população.

O termo APS é empregado em várias nações, mas se apresenta de forma distinta na sua implantação. Nos Estados Unidos da América, o sistema é pluralista e empresarial, a atenção à saúde é individualizada, há serviços tradicionais de saúde pública, assistência médico hospitalar para clientela específicas e instituições destinadas a pesquisa e avaliação dos serviços (CONILL, 2008). Em outros países da Europa, o sistema é do tipo seguro social financiado pelo governo e impostos, com acesso universal, com a participação do setor privado para complementar, muitas vezes com o reembolso ao cidadão, e com graus de desenvolvimento variados, como Québec, que é a província mais avançada no sistema de saúde do Canadá (CONILL, 2008).

Na Declaração de Alma Ata, a APS tem função central no sistema nacional de saúde, participando do processo de desenvolvimento social e econômico, diretamente ligados aos determinantes de saúde, com uso de tecnologias apropriadas, ou seja, com adequado custo-benefício para atender as necessidades da população (GIOVANELLA, 2009).

Em 2000, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) lançou propostas para renovar essa concepção de APS, com alcance universal e abrangente:

[...] com abordagem integrada e horizontal para desenvolvimento dos sistemas de saúde, com cuidados orientados à qualidade, ênfase na

promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (OLIVEIRA, 2008, p 25).

A OPAS admite, no documento, que “um sistema baseado na APS tem como meta principal maximizar equidade e solidariedade” (2008). Essa proposta elenca valores, princípios e elementos centrais para um sistema baseado na APS.

São os valores: direito ao mais alto nível possível de saúde, equidade e solidariedade. Seus princípios se referem à capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas, serviços orientados para a qualidade, responsabilização dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. Os elementos são a cobertura e acesso universais, primeiro contato, ênfase na promoção e prevenção, atenção apropriada, mecanismos de participação ativa, marco político, legal e institucional sólido, políticas, programas pró-equidade, organização e gestão ótimas, recursos humanos apropriados, recursos adequados e sustentáveis e ações intersetoriais (OPAS, 2008).

A fragmentação, a falta de comunicação entre os sistemas de atenção e a ideia de nivelamento da assistência de “níveis hierárquicos de complexidade crescente” reforçam a noção da APS como nível menos complexo, inferior e destinado a populações menos favorecidas. Essa desvalorização também está ligada na dificuldade de captação dos profissionais, sobretudo médicos, que é reflexo das influências do processo de formação dos profissionais (CONASS, 2011).

O vínculo constitui um aspecto diferencial da APS, pois permite acompanhamento dos ciclos de vida e continuidade do cuidado, corroborando para a responsabilização e a resolutividade. O principal desafio para a efetividade do vínculo é a rotatividade de funcionários, que prejudica a continuidade da assistência, principalmente nas ações de prevenção e de promoção da saúde, por demandarem estratégias de abordagem complexas e multifatoriais com evolução nem sempre imediata (CONASS, 2011).

O trabalho em equipe com foco multidisciplinar é outro fator potencial da APS por favorecer a integralidade das necessidades de saúde e outras demandas que pressupõem ações intersetoriais.

Em 1994, a criação de uma proposta focada na atenção à família, o PSF, constituía uma proposta inovadora da APS, caracterizada pelos seguintes princípios: adstrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local.

O Programa como ideologia culminou numa estratégia que tem como foco o cuidado abrangente da família. Nessa perspectiva buscava-se também a substituição do modelo hegemônico centrado na doença, nas especialidades e na medicalização.

O PSF evoluiu de programa para política nacional seguindo a constituição federal. Foi resultante de reivindicações sociais pelo direito à saúde e pela incapacidade do estado de garanti-la aos usuários. Com a crescente expansão do programa, procurou-se privilegiar as áreas que compreendiam maior risco social. Houve também uma modificação quanto ao financiamento do programa, com repasse por procedimentos executados e a estratégia de saúde da família passa a ser vista como prioridade na AB/APS (SOUSA, 2006).

O modelo centrado na atenção à saúde responde a demanda espontânea de forma contínua e racionalizada, com ênfase na integralidade da assistência, trata o indivíduo como sujeito integrante da família e da comunidade e aperfeiçoa a capacidade de resolver os problemas de saúde. O saber e o poder estão centrados na equipe, a ação é intersetorial e há vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade (SOUSA, 2007).

Os serviços de saúde passam agora a ser organizados por Redes de Atenção à Saúde para atender as necessidades da população, coordenadas pela APS, de forma conjunta com a gestão do SUS e de equipes capacitadas para planejamento baseado em indicadores e demandas específicas de cada local (CONASS, 2011).

O desenvolvimento dos recursos humanos para o trabalho em saúde constitui uma prioridade do MS, que implementou vários projetos, estratégias de intervenções e políticas com o objetivo de fortalecer a APS e a ESF como os Polos de Capacitação em Educação Permanente em 2001 e o PROESF em 2005.

O Ministério da Saúde, responsável pela criação do Piso da Atenção Básica (PAB), contemplou em uma de suas modalidades o incentivo à expansão do PSF. Criou, ainda em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), um projeto para a implementação da saúde da família – os polos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família (GIL, 2005).

Em 2006, o MS aprovou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), onde revisou diretrizes, normas e reafirmou conceitos. A PNAB regulamenta que a educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade

conjunta das secretarias municipais e estaduais de saúde e do Distrito Federal, além de definir que “o processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe” (BRASIL, 2007).

Entre os fundamentos da APS que aparecem na PNAB, o desenvolvimento da valorização dos profissionais de saúde se processa “por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação” (CONASS, 2011, p. 17).

Deve-se, portanto, aprimorar o processo de capacitação, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, superando a fragmentação programática do conhecimento e articulando, na capacitação permanente, aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais, além de estratégias de humanização do atendimento (BRASIL, 2005).

Assim, o Ministério da Saúde propôs, em 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), voltado para a reestruturação da atenção básica e para a modificação do modelo assistencial em municípios com mais de 100 mil habitantes, com diversos investimentos para induzir mudanças sustentáveis nas práticas, na organização do trabalho e nas redes assistenciais (SCOCHI, 2008).

As áreas de intervenção do PROESF dizem respeito ao desenvolvimento de recursos humanos, à capacitação dos profissionais envolvidos e ao reforço da política de recursos humanos para a implantação e fortalecimento do ESF (BRASIL, 2005).

No entanto, as capacitações em saúde frequentemente ocorrem desarticuladas da realidade e das necessidades do serviço, dos trabalhadores e da população. Entretanto, o saber e ensinar precisam ser incorporados ao cotidiano dos sujeitos e seu produto deve acarretar a promoção de ações técnicas e políticas emancipatórias (SILVA, 2007).

Segundo Almeida (2008), o perfil dos profissionais não é adequado na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. A formação



do profissional de saúde ocorre de forma pontual, fragmentada e descontínua, sem levar em conta a integralidade da assistência.

Segundo uma pesquisa realizada por Scherer e Pires (2009), profissionais ligados à ESF consideram que a formação profissional requer aspectos individuais ou competências adquiridas com a educação formal acadêmica e com a educação permanente e que a educação formal, além de preparar os sujeitos para a prática, deve motivar a busca pela educação complementar multidisciplinar e interdisciplinar.

A APS concentra na equipe de saúde a responsabilidade pela demanda espontânea e programada, no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos, numa perspectiva integral do cuidado, agregando competências dos vários saberes multiprofissionais, mas principalmente no desempenho de atribuições comuns a todos os membros (PNAB, 2012).

No processo de trabalho da APS e da ESF, as responsabilidades compartilhadas são relacionadas à territorialização, integralidade de atenção à comunidade adscrita, ações curativas e preventivas para demanda espontânea e programada, escuta qualificada, primeiro atendimento a urgências médicas e odontológicas, priorização de ações conforme as necessidades locais, abordagens com foco familiar, criação de vínculos, busca ativa e notificação de doenças, estímulo à participação comunitária, ações intersetoriais, compromisso com a qualidade dos registros, participação em atividades de educação permanente, planejamento e avaliação das ações e implantação do acolhimento (CONASS, 2011).

As atribuições que competem a cada membro da equipe também são referidas na PNAB (2012).

Apesar do processo de trabalho da equipe ser organizado e pautado em atividades comuns e particulares de cada profissão que compõe a equipe, alguns desafios impedem a efetivação de APS como porta de entrada e como ordenadora da rede para resolutividade em face às necessidades de saúde. O modelo de atenção à saúde, ainda fortemente hegemônico no SUS, é fragmentado, com pontos de atenção à saúde “isolados e incomunicáveis uns dos outros, e por consequência, incapazes de prestar atenção contínua à população” (CONASS, 2011, p. 18), ou seja, a APS não se comunica com fluidez com a atenção secundária e ambas com a terciária.

A visão distorcida acerca da complexidade também é um ponto que dificulta a valorização da APS na rede, pois leva a uma banalização desta e supervalorização de práticas com maior densidade tecnológica, o que de certo repercute reconhecimento das práticas e dos trabalhadores em saúde (CONASS, 2011).

## 1.2 O CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho teve sua origem com a produção realizada através da interação do homem com a natureza traduzida pela forma mais característica da prática manual direta ou indireta. Constitui uma interação intencional com o objetivo primordial de satisfazer necessidades e seu processo [de trabalho] depende do seu objeto, que determinará sua prática. (REIS, 2007).

Há três períodos na história que indicam o surgimento do trabalho, ou seja, existe um impasse quanto à definição de quando realmente nasceu o trabalho. O primeiro período remete a fabricação das primeiras ferramentas, o segundo consiste na produção agrícola e na sedentarização dos povos e o terceiro na emergência da “prestação remunerada em uma sociedade mercantil e de direito” (SCHWARTZ, 2011, p. 23).

“Trabalhar” implica em usar a si, recorrendo às próprias capacidades, fazendo escolhas resistindo à pura execução, pois ações de planejar, decidir, executar e avaliar são inseparáveis e as dimensões de saberes, sujeitos e poderes, indissociáveis (BARROS, 2007).

Para Marx (1982), trabalho se manifesta entre a impulsão, regulação e controle das ações do sujeito para modificar a natureza e a si próprio. Ele “responde a produção dos elementos necessários e imperativos” do ser humano (FRIGOTTO, 2010). É um ato consciente que pressupõe um conhecimento concreto dos seus meios e dos fins (ANTUNES, 2011).

O trabalho tem duas dimensões que se complementam e tentam explicar de forma separada o corpo formado pela determinação e pela execução, que são as faces do Trabalho Prescrito (TP) e do Trabalho Real (TR).

O conceito de TP pressupõe uma determinação para execução e uso de meios num dado tempo, seguindo regras antecedentes à ação. Essas determinações podem ser formais ou informais. É o esperado conforme os objetivos estabelecidos nas instituições (OLIVEIRA, 2011). É o que se deve fazer considerando uma norma antecedente, que são os saberes socialmente incorporados no *métier*.

Já o TR é fruto da ação, aquele executado realmente. São as respostas às imposições, quando o sujeito faz a gestão das variabilidades e lança mão de mecanismos psíquicos para dar conta da prática. A face visível do TP é a tarefa, onde se tem as prescrições, os comandos, as especificações do trabalho, seus meios relativos a cada posto, trabalhador ou grupo. É o que se tem a fazer e quais comportamentos são esperados, os objetivos, as regras existentes (CUNHA, 2011).

O TR admite o compromisso entre organização e trabalhadores e entre os próprios trabalhadores. É o fruto da interação do homem com a tarefa, suas capacidades, vivências e bagagens. Na execução, o indivíduo utiliza mecanismos cognitivos, reelabora e reorganiza o seu modo de agir. A face visível do TR é a atividade.

Segundo Clot (2006), a atividade vai além do que se faz, é o que se fez e o que não se fez. É o uso de si pelo outro quando se dispõe a cumprir uma determinação e o uso de si para si quando renormaliza e cria estratégias para enfrentar os desafios do meio, ou seja, o imprevisível (SCHWARTZ, 2000). Usa de aspectos cognitivos, confronta-se com a realidade e escolhe com base em seus valores, que são representados pelas dramáticas do uso de si.

O desenvolvimento do trabalho profissional vem desde quando a humanidade passou a ser sedentária e a produzir sua subsistência por meio da agricultura. Todos os saberes milenares sobre o cultivo, assim como os instrumentos, foram desenvolvidos para melhorar a produção.

Com a divisão sexual do trabalho e a mão de obra escrava, algumas atividades foram destinadas a mulheres e escravos (manuais) e outras aos homens livres (intelectuais). O trabalho manual desenvolvido por homens livres eram reconhecido como arte (artesanato), que tinha uma tradição de transmissão dos saberes aos sucessores na família.

A industrialização transformou o mundo do trabalho, pois influenciou o deslocamento da população do campo para a cidade, da escravidão para o trabalho fabril, assalariado. A tradição familiar de formação para o trabalho perde espaço para as instituições escolares para instrução técnica e profissional. Havia aqueles que eram “adestrados” para o trabalho e aqueles que aprendiam o domínio do *métier*. A educação formal era composta pela formação integral, destinada a todos, e pela formação politécnica, voltada para o trabalho.

As crises no trabalho operário decorrentes do sistema opressor Taylorista abriram portas para tentativas de superação desse modelo que tiveram como foco principal a qualificação profissional. Essa nova fase modifica o perfil desejado de trabalhador para dar espaço a uma era de competitividade pela segregação e estratificação que as altas qualificações exigidas pelo mercado promovem entre indivíduos de mesma função ou posto. Eis que surge uma nova crise no mundo do trabalho: qualificações emergentes *versus* qualificações tradicionais, que se tornam obsoletas com a globalização e com as novas tendências em franca transformação (CAETANO, 2011).

A industrialização foi um período fértil para se pensar sobre essas faces do trabalho, sobretudo no final de século XIX, período que mais originou produções sobre o trabalho operário e as suas crises. O século XX foi marcado por uma forte influência do Taylorismo, com a racionalização do trabalho, modos operatórios, tempos, regras e movimentos. Foi o auge do emprego das prescrições. No século XX e no início do século XXI, com a industrialização, o trabalho é fortemente marcado pela fragmentação, terceirização, mas o componente subjetivo do sujeito passa a ter mais importância.

O trabalho tem histórico de algo penoso, gerido de forma policalesca e impositiva. No final da década de 1960, um marco mudou o caminho de pesquisas sobre o trabalho, principalmente com relação ao distanciamento entre o TP e o TR. Pesquisas em uma linha de montagem da indústria eletrônica francesa observaram que as operárias não seguiam as prescrições exatamente como instituídas, desenvolvendo inclusive uma melhor maneira de executar, sendo constantemente convocadas a fazer escolhas e tomar decisões (BRITO, 2011). Até essa época o homem deveria desenvolver suas atividades com a exatidão e disciplina de uma máquina.

O impacto do sistema baseado no Taylorismo na organização do trabalho colaborou para uma nova visão sobre essa atividade e o mundo empresarial precisava evoluir para essa nova problemática: o homem comum ser capaz de usar o cérebro para o trabalho acontecer. A partir dos problemas do Taylorismos/ Fordismo com ênfase na produção e no operário como “gorila domesticado”, da premissa de “quem pensa não deveria trabalhar e quem trabalha não deveria pensar” (Taylor) e das revoluções operárias, sobretudo na França com as greves no final da década de 1960, surgem questionamentos de empresários e, com o apoio de pesquisadores, eles buscam entender melhor o trabalho.

O trabalho de operárias da linha de montagem de televisores e seus modos de execução distintos das prescrições sistemáticas e calculadas por engenheiros influenciou fortemente a evolução dos conhecimentos sobre as relações entre normas, a realidade do trabalho e os riscos das padronizações para saúde. A descoberta do uso da inteligência e de um empregado competente abre espaço para a possibilidade da divisão do poder entre empregado e empregador.

A liberdade do trabalhador para antecipar problemas não prescritos e contribuir com resultados criativos pode ser positiva para a organização e motivador e prazeroso para o sujeito (FERREIRA, 2004).

Diante das ideias atuais sobre o mundo do trabalho, encontramos justamente essa referência do lado patológico dessa relação impactando na saúde do trabalhador quando se aumentam as cargas de trabalho e o seu custo humano. Em contrapartida, há a face positiva e saudável do trabalho quando é permitido que o sujeito tenha liberdade para usar suas capacidades nessa adequação entre o prescrito e o real (FERREIRA, 2003).

Existe alguma discrepância, descompasso e incompatibilidade entre o trabalho prescrito e o real, além do fato de haver sempre no TP um caráter inatingível se contrapondo à face do possível. Quando essa relação entra em desarmonia, o sujeito sofre, e quando há harmonia, não há sofrimento, e sim prazer. Resumindo, “é impossível para a produção absorver toda atividade pessoal do sujeito em operações elementares” (TEIXEIRA, 2009, p 03), pois “há sempre uma parte da atividade que não se pode traduzir em palavras” (BRITO, 2011, sp).

A subjetividade e o trabalho se comunicam através de mecanismos de inteligência prática na realidade do trabalho diante dos contextos adversos

(DEJOURS, 2004). As prescrições, por vezes, são recursos incompletos, incapazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício e, segundo Almeida (2010), há uma defasagem entre o TP, que é encarado como ideal e limitado, e o TR, dinâmico e instável, e essas duas faces do trabalho são, portanto, incompatíveis. O TP carrega, em sua concepção, influências do Taylorismo e, por consequência, um viés negativo. Tais determinações por vezes manifestam objetivos vagos, amplos e às vezes contraditórios, que causam perturbações ao sujeito. Entretanto, opiniões mais recentes apresentam o TP e o TR como não oponentes que se articulam de uma maneira ainda não muito bem elucidada, já que o TP pode contribuir para o desenvolvimento do trabalho, que não são faces opostas (BRITO, 2009).

O trabalho não é uma ação espontânea e nem totalmente programada. Existe uma série de elementos que o compõe, chamada de processo de trabalho, que é conduzido pelo uso de instrumentos específicos segundo o objeto e sua prática e responde a finalidades (REIS, 2007). Constitui uma dinâmica entre alguns componentes: o trabalho em ato, os meios e o objeto, que na saúde é representado pelo próprio sujeito. "O processo de trabalho em saúde não pode ser restrito aos extremos, daquele que supostamente 'atende' e do que é supostamente 'atendido'" (PEREIRA, 2003, p. 88).

O trabalho em saúde tradicional compreende ações fragmentadas, hierarquizadas e o desenvolvimento de tarefas padronizadas em conformidade com o sistema de produção capitalista. Sua essência prioriza o agir repetitivo, afastando do profissional a possibilidade de pensar, criar e decidir sobre a sua prática. Essa divisão de trabalho fragmentada, nos moldes Taylorista, afasta o profissional do processo, do controle e da autonomia do cuidado, levando-o à alienação (SCHOLZE, 2009).

O trabalho mecânico, próprio de máquinas e com a rigidez da instrumentalização, pautado na padronização e uso de normas inflexíveis, é um trabalho "morto", que na saúde se traduz por atos prescritivo-protocolares com predomínio do uso do arsenal intervencionista.

Não se pode reduzir a noção de trabalho à execução padronizada e mecanizada. Uma equipe de saúde é o retrato de múltiplas relações que não se configuram simplesmente pela composição de um grupo de pessoas com propósitos

assistenciais comuns. O reconhecimento da atuação em equipe e a disposição para a construção de um novo saber de todos os seus membros, em cooperação para responder as demandas de necessidades de saúde, são elementos que podem institucionalizar uma equipe de saúde, mas não eximi-la de regras e prescrições e nem reduzir sua atuação a uma total padronização das práticas (CARDOSO, 2011).

A atividade do trabalho em saúde não se constitui apenas em mera execução, mas também representa o resultado das capacidades, recursos e escolhas do trabalhador. É o “trabalho vivo em ato”, que só acontece mediante a combinação entre o trabalhador e suas competências. É o modo singular de agir a partir de sua bagagem, ou seja, sua vivência, valores e contexto de vida.

O trabalho em saúde é um trabalho que tem o foco na prestação de serviços, portanto um trabalho imaterial, cuja concretização se manifesta mediante a realização de uma atividade (RIBEIRO, 2004). É um trabalho coletivo e compartimentalizado, realizado com componentes de carreiras e níveis de escolaridade diversos, corresponsáveis pela prestação da assistência.

Sua execução mantém autonomia individualizada por atos privativos de cada profissão ou de um núcleo específico. Coexiste, ainda, uma dimensão comum de saberes e práticas compartilhadas por todos os membros no que se refere ao levantamento de problemas, ao planejamento e à condução da intervenção para a produção de saúde (o campo).

O trabalho na APS admite a atenção integral baseada em diretrizes, que são o planejamento e programação para a comunidade de um território adscrito, desenvolvendo ações intersetoriais; universalidade de acesso como porta preferencial de entrada; trabalho com vínculo; continuidade do cuidado; responsabilização dos usuários da área adscrita por meio de atenções programáticas e de demanda espontânea; estímulo à participação comunitária e à autonomia dos usuários, promovendo adesão aos dispositivos sociais (BRASIL, 2011).

Além disso, a portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica se refere às funções com a APS como base, descentralizando e capilarizando os serviços da rede, lançando mão de todos os dispositivos disponíveis da rede para ser resolutiva, coordenando o cuidado articulando com as redes de saúde e intersetoriais, ordenando a rede e organizando fluxos de forma programada

conforme as necessidades dos usuários (BRASIL, 2011). Tais necessidades orientam os trabalhadores que ancoram seus pontos de vistas nos saberes adquiridos na formação profissional (JOAZEIRO, 2012).

Os processos de formação profissional na saúde têm o objetivo de proporcionar instrumentos que possibilitam nortear a prática mediante a aprendizagem e reprodução de técnicas, rotinas, intervenções e procedimentos que visem a terapêutica/o tratamento, a prevenção de agravos, a promoção da saúde e a recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade.

Para tanto, é necessário compreender se a aprendizagem realmente promove um processo de mudança do comportamento e se a formação profissional constitui um produto que pode desenvolver mudanças originadas por essa inter-relação do indivíduo com a informação proveniente da instituição e/ou de sua experiência prática. Deve-se também verificar se esse processo reflete na situação de saúde das famílias e nas relações de trabalho da equipe, se há planejamento de ações segundo perfil epidemiológico e avaliação das práticas.

É importante saber se o processo educacional integra o ensino com o serviço, se está voltado à criação de novos valores e novas práticas e envolvido em preocupações referentes à abordagem integral do indivíduo. Além disso, se essa formação de fato promove mudanças da prática profissional e se evidenciam alterações relevantes no processo de trabalho em saúde. O compartilhamento de saberes e experiências na relação entre trabalho e formação instrumentaliza o desenvolvimento de competências profissionais em saúde (CECCIM, 2012).



### 1.3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COM A FORMAÇÃO

Competência é um termo que está usualmente associado ao desenvolvimento de certa habilidade capaz de modificar uma prática com efeitos positivos no mundo do trabalho. É também compreendida ora como o desempenhar tarefas, ora como o atributo pessoal valoroso no meio produtivo.

Competente é aquele sujeito que domina suficientemente a área na qual intervém sobre grande parte dos seus aspectos e também sobre a maior parte das suas disfunções, munido de conhecimentos para obter um resultado com eficácia e economia de meios, aplicar técnicas definidas e ajustá-las (ROPÉ, 2003). Constitui uma ação responsável e reconhecida na mobilização de habilidades, saberes e recursos à aquisição de valor econômico e social ao indivíduo (CUNHA apud FLEURY, 2006). Precede atribuição de qualidade ao desempenho do trabalho no tocante à singularidade de recursos individuais e coletivos em mobilização para a produção de um serviço (GOMES, 2011).

Competência, estruturalmente, está balizada por três componentes: os Conhecimentos, as Habilidades e as Atitudes (CHA). Não há materialização da competência sem esses elementos, mais perceptíveis na execução de tarefas. Esses elementos estruturadores demandam atitudes dos indivíduos no sentido de ter conhecimento (saber), habilidades (saber fazer) e atitude (ser).

Seja qual for o seu sentido, a competência está próxima da dimensão social, do benefício para o destinatário e da utilidade ou efetividade do ato. No campo do trabalho, é processada como a capacidade de desenvolver e praticar o saber formal e o saber informal próprios ou de outros sujeitos em “situação de implicação” (CECCIM, 2012).

A competência é entendida como atributo essencial no mundo do trabalho. Remete à qualificação, ao nível hierárquico e salarial. Atualmente referem-se também às capacidades individuais de adaptação e respostas do trabalhador aos imprevistos. É mobilizar seus atributos nas situações imprevisíveis, sua subjetividade além do que se exige formalmente nas prescrições e atribuições dos cargos. Além do saber fazer, exige-se o saber ser e articular competências individuais às coletivas. Embora se valorize o componente relacional e o cooperativo, também

reforça a competitividade. Ainda não se definiu a melhor maneira de avaliar ou medir competências e nem se tem um consenso sobre a sua definição. Há uma proximidade muito comum com a qualificação e reforça o ideal individualizante e a dominação capitalista vigente.

Uma série de atributos, classificados pelo senso comum como competências, na verdade trata de habilidades ou capacidades que aparecem ao longo da formação do sujeito influenciado por vários contextos (familiar, social, econômico) e que são elencados em situações diversas ao longo de sua trajetória.

No mundo do trabalho, algumas habilidades são mais valorizadas, pois podem ser determinantes para a eficácia e bom desempenho no processo de trabalho. As habilidades mais comuns referidas no mundo do trabalho são: relacionamento interpessoal, criatividade, resolução de problemas, tomada de decisão, trabalho em equipe, flexibilidade, liderança, oratória, comunicação oral e escrita, pró-atividade, interesse, iniciativa, dentre outros.

Algumas publicações de cunho empreendedor/empresarial fazem referência à competência com vistas ao crescimento e ascensão na carreira numa instituição corporativa. Diante disso, ser competente é ter ambição, ousadia, rapidez, competitividade e avidez de promoções (SOUSA E SILVA, 2007).

Esse patamar é referido por Schwartz como o primeiro ingrediente da competência, que consiste na assimilação de normas antecedentes e prescrições acerca das “dimensões históricas, singulares e microcoletivas de cada situação de trabalho e incide sobre aquilo que cada um considera como meio próprio de trabalho, as inovações, as mudanças a partir da experiência” (SOUSA E SILVA, 2007, p. 398).

O segundo ingrediente está no campo dos saberes práticos e individuais, subjacentes às escolhas, e no gerenciamento de imprevistos e inovações advindas de experiências. Estas duas interfaces (concepção X experiência) aparentemente opostas, dão origem ao terceiro ingrediente que é a “capacidade e a propensão para se estabelecer uma dialética, uma consonância entre os dois primeiros polos” (SOUSA E SILVA, 2007, p. 400).

A subjetividade do sujeito é solicitada nessa ocasião em que se lança mão de experiências, valores e singularidades para a transformação de si e da própria prática. É a aplicação de ajustes para dar conta do imprevisto, a capacidade de

“renormalizar” no sentido de adequar as prescrições para alcançar o que apenas seu uso não daria conta.

A formação profissional em saúde teve sua evolução a partir de uma valorização de processos tecnológicos, subjulgando o componente relacional entre sujeitos profissionais e usuários.

A formação em saúde tem pré-requisitos de sustentação teórica e aplicação prática para se materializar. O distanciamento entre a realidade em que se insere o contexto do trabalho em saúde e a formação acadêmica prepara sujeitos para uma atuação desarticulada e independente como um quebra-cabeça com peças sem encaixes adequados para a composição de um cenário comum.

O terceiro ingrediente da competência remete à dialética entre a dimensão experimental e a dimensão conceitual. As escolhas são frutos desse debate e a criatividade emerge para reconfigurar as situações da prática do trabalho. A capacidade de questionar essas escolhas em meio a esta dialética (ingrediente 3), aderindo a projetos coletivos, determina o quarto ingrediente da competência (SCHERER, 2013).

O quinto ingrediente representa o desejo de apropriação de conhecimento, ou seja, a “construção do patrimônio” de saberes e experiências capazes de proporcionar o autoconhecimento e de evidenciar as potencialidades no trabalho.

Quando essa apropriação se processa de maneira sinérgica num contexto coletivo, caracteriza o sexto ingrediente da competência, que consiste na combinação de todos os ingredientes anteriores, ou seja, na amálgama de todas as competências coletivamente representadas (JOAZEIRO, 2012).

A interação entre ensino e serviço é necessária para ambientar e preparar os futuros profissionais e, sobretudo, para o desenvolvimento de habilidades para atuação autônoma.

Formação profissional é o processo em que se busca desenvolvimento de conhecimentos para o trabalho, seja no ambiente escolar ou nas próprias instituições. É distinto de profissão e teve uma origem histórica diferente. O trabalho profissional está associado a uma atividade simbólica a depender de sua modalidade.

Busca-se constantemente nessas oportunidades de qualificação a necessidade de ajustar algumas falhas ou inconsistências da formação profissional

superior, como a educação continuada, capacitações/treinamentos e a educação permanente, que atualmente é o alvo dos debates sobre a educação voltada para o trabalho.

A Educação Continuada (EC) pode ser entendida como a atualização profissional para melhorar o desempenho. A OPAS (1978) refere que é um processo permanente, que se inicia após a formação básica para atualizar e melhorar capacidades individuais e de grupos frente às evoluções técnicas e científicas. A OMS, em 1982, conceitua EC como um processo em que o adestramento inclui as experiências. Outras definições tratam a EC como atividades de ensino realizadas após a graduação com o objetivo de atualizar o sujeito (MASSAROLI e SAUPE, 2008).

A Educação Continuada concentra-se na atualização de conhecimentos segundo a lógica acadêmica, não seguindo uma constância na periodicidade e na sequência, destinada quase sempre a alguma categoria profissional. Já a Educação Permanente pressupõe o ensino incorporado à prática organizacional, de onde se originam os problemas, convertendo os profissionais imersos a esta prática ao status de protagonistas reflexivos ao invés de meros receptores (MASSAROLI E SAUPE, 2008).

Atualmente, a Educação Permanente (EP) é uma política pública que objetiva a construção de conhecimento com base no seu estágio atual, em evolução e no vigente. Tem o processo de trabalho como objeto de transformação para a qualificação dos profissionais diante das necessidades dos usuários. É voltada para o trabalho, especialmente na saúde, motivando mudanças nas ações e serviços de saúde.

É um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (CECCIM, 2009, sp).

A EP é balizada pelo eixo da problematização que permite a geração de questionamentos e a troca de saberes, sem valorização de um determinado saber em detrimento de outro. Sua função é desestabilizadora, questionadora e provocadora de mudanças nos indivíduos que passam pelo processo (CECCIM, 2011).

Para Ceccim (2009, sp), o quadrilátero da educação permanente em saúde é formado pela “análise e ação relativa simultaneamente à formação, à atenção, à gestão e à participação para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

Davini define capacitação como estratégias intencionais e planejadas com o objetivo de fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas não oportunizadas ou parcialmente oferecidas por outros meios para resolver problemas de saúde (MS apud DAVINI 2002). Os objetivos de se capacitar um indivíduo são basicamente melhorar o desempenho profissional, contribuir para o desenvolvimento de competências (atributos pessoais) e de práticas desejáveis de gestão, atenção e relações com a população (BRASIL, 2009).

Além disso, pretende-se primordialmente, com as estratégias de capacitação, promover mudanças institucionais. A EP visa não apenas a melhoria do desempenho, mas fundamentalmente a mudança institucional. Isso nem sempre aparece com tanta ênfase nos processos de capacitação, embora a EP abranja ações de capacitação e são voltadas para conversão em ação.

A capacitação tradicional tem adotado mecanismos de transmissão de conhecimento conforme o modelo escolar, com a missão de atualização de conhecimentos, normas e tecnologias, com o agrupamento de pessoas fora do ambiente de trabalho. Nessa lógica, especialistas de cada área afim transmitem as informações a serem apropriadas e aplicadas pelos sujeitos em suas práticas de trabalho. Portanto, “ainda que em algum caso se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional [...] e não se transferem para ação coletiva” (BRASIL, 2009, p. 42).

Uma equipe de saúde é um espaço para se desenvolver competências coletivas, uma oportunidade para aplicação de saberes formais e informais, que são transmitidos, adquiridos e construídos em situações reais de trabalho (CECCIM, 2012). Nesse processo, é indiscutível a relação da formação para o trabalho e a concretização de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de atenção a saúde.

A competência se manifesta quando o ator, consciente das normas que regem seu trabalho, se vê numa situação que o leve a fazer escolhas (SANT’ANNA, 2011). Esse evento imprevisto não pode ser medido com uma escala de valores.

Está ligada à melhoria do desempenho, na maneira singular de agir com vistas a transformar favoravelmente uma realidade (GOMES, 2011). Apesar de não ser possível uma escala de medidas para a competência, ela se representa por atributos individuais, coletivos ou organizacionais que podem ser adquiridos ou desenvolvidos por indivíduos em seus contextos de trabalho.

Neste contexto, a equipe, e não mais os grupos de modo fragmentado ou indivíduos isolados que foram capacitados, assume a responsabilidade por mudanças em suas realidades. Para compreender como o conhecimento se converge em ação é preciso conhecer o contexto institucional, compreender o trabalho e suas interferências e normas antecedentes nos comportamentos, hábitos e representações sócio-históricas construídas e trazidas pelos profissionais.

As dificuldades muitas vezes encontram-se na própria instituição, que possui limitadores e resistências, pois a reflexão e a transformação da prática implica, por vezes, num processo de desinstitucionalização, colocando os pressupostos atuais em discussão: “enquanto a EP continuar orientada ou desorientada por atores que compartilham dos mesmos comportamentos que se tenta eliminar é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças” (BRASIL, 2009, p. 47).

A instituição muitas vezes é um cenário que inibe ou coíbe iniciativas de mudança por parte dos profissionais porque tais iniciativas são encaradas como ameaçadoras das normas estabelecidas. Por outro lado, encontram-se resistências a mudanças nos próprios profissionais por falta de apoio local e até mesmo desinteresse. Portanto, “a questão não se limita a incorporar conhecimento, mas saber qual conhecimento é necessário incorporar, o que aprender, o que desaprender e como fazer para que os outros (o grupo como um todo) o façam” (BRASIL, 2009, p. 51).

O fato é que o processo de mudança na prática dos profissionais não depende apenas dos sujeitos em serviço, mas da sensibilização de quem define as regras. O despertar para mudança não surge simplesmente em estratégias convencionais “em sala de aula”, que constitui apenas uma parte desse processo. O conhecimento não pode ser tratado como algo que se transfere, mas como fruto de reflexão sobre o contexto de práticas e numa construção coletiva.

Assim, este estudo busca identificar, a partir das opiniões dos próprios profissionais, as mudanças ocorridas em suas práticas, determinadas pelos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as contribuições dos cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade para a prática profissional na APS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil dos egressos dos cursos de especialização;
- Conhecer a motivação dos profissionais para ingressar no Curso de Especialização;
- Identificar mudanças ocorridas nas práticas, na perspectiva dos profissionais e se tais mudanças ocorridas foram impulsionadas pela formação;
- Identificar os elementos facilitadores e dificultadores para efetivação de mudanças nas práticas profissionais.



### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo aborda o contexto do trabalho em saúde e sua íntima relação com a formação. Entende-se como formação para o trabalho o processo para dotar os sujeitos de capacidades para agirem no âmbito de suas realidades profissionais.

Esta pesquisa é de natureza qualitativa com caráter retrospectivo. Buscou-se analisar, com base na percepção dos profissionais e no âmbito da atenção básica de saúde, as mudanças ocorridas em suas práticas, a partir da realização dos Cursos de Especialização em Saúde da Família, promovidos pela FEPECS/DF. A pesquisa é norteadada pelo referencial teórico-metodológico do processo de trabalho em saúde e pelas diretrizes para o trabalho em saúde definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde. A opção pela pesquisa qualitativa se justifica por que a mesma permite aproximação do sujeito e de sua realidade nas dimensões objetivas e subjetivas, explicando seus fenômenos e lhes atribuindo significados (SILVA, 2001).

A pesquisa teve início em março de 2011 e foi concluída em junho de 2013. O estudo foi realizado no Distrito Federal e seu universo foi composto do conjunto dos egressos de dois cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, realizados em 2006 e em 2008 respectivamente: 49 profissionais do curso I, formados em 2006, e 81 profissionais do curso II, formados em 2010, totalizando 130 profissionais.

Estes profissionais foram escolhidos por terem passado por um processo de formação que incentiva e orienta práticas de atenção à saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, um dos elementos identificados na literatura como limitador da atuação integrada dos profissionais para o cuidado integral é a formação fragmentada e centrada no modelo biomédico.

Para participar da pesquisa, o profissional precisava ter concluído um dos dois cursos de especialização, ser servidor ativo na Secretaria de Saúde do DF, atuar na APS, na gestão ou em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo centro de saúde tradicional ou ESF. Os participantes foram incluídos segundo critérios definidos em cada etapa de coleta de dados.

### 3.1 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A pesquisa foi delineada em cinco etapas: análise documental, mapeamento dos egressos, questionário eletrônico, entrevistas semiestruturadas e grupo focal.

A primeira etapa, análise documental, foi realizada no período de abril de 2011 a novembro de 2012. Foram analisados os seguintes documentos: Projetos Pedagógicos dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade para identificar o escopo da formação proposta; editais de seleção dos estudantes para identificar as áreas privilegiadas - atenção ou gestão; relatório de avaliação do Curso II, tendo em vista que os relatórios do Curso I não puderam ser obtidos.

A segunda etapa, mapeamento dos egressos, consistiu na identificação do local e área de atuação dos egressos, por meio de levantamento na FEPECS e na Subsecretaria do Fator Humano da SES/DF. Foram obtidos os endereços eletrônicos e telefones para o primeiro contato e emitido o convite para participar da pesquisa. Os contatos telefônicos e por email foram realizados de novembro a dezembro de 2011, resultando no consentimento de 79 profissionais em participar da pesquisa. Esses dados foram organizados e apresentados segundo o curso de especialização (I ou II), a profissão, o local de trabalho e a região de saúde.

Após o levantamento dos alunos, foram excluídos do estudo os profissionais que não estão mais atuando na Secretaria de Saúde, além daqueles que não concordaram em participar da pesquisa. Foram incluídos nesta fase 55 participantes, entre os 79 formados nas duas turmas.

Na terceira etapa da pesquisa foi aplicado um questionário eletrônico por meio da tecnologia Google Docs (Apêndice C). Trata-se de um instrumento fechado, composto por nove questões, em que os participantes respondiam sobre: curso de especialização (I ou II) cursado, idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação na SES/DF e na APS, realização de outros cursos de qualificação (capacitações, pós-graduação), local de trabalho no momento da realização do curso e local de trabalho atual.

Assim, o universo da pesquisa foi composto por 24 egressos da primeira turma e 55 egressos da segunda turma.

Os participantes receberam um e-mail com as informações para acesso ao questionário, que foi testado e validado pelos pesquisadores. O preenchimento do instrumento aconteceu de 15 de novembro de 2011 a 15 de fevereiro de 2012, precedido pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

As dificuldades encontradas nessa fase foram a localização dos egressos e a disponibilidade deles para responderem ao questionário. Alguns não receberam o email de convite, sendo necessário novo envio e para outros foi preciso fazer novo contato telefônico para estimular a participação.

Os dados dos egressos foram organizados por categoria profissional, turma e região de saúde, de modo a orientar a seleção dos que participariam da etapa de realização das entrevistas.

A quarta etapa, entrevista, no presente estudo, é compreendida não apenas como instrumento de coleta de dados ou como a coleta de uma verdade absoluta ou de algo oculto que o pesquisador deseja revelar, mas como um processo no qual entrevistador e entrevistado são sujeitos e, portanto, protagonistas na construção dos dados de pesquisa, o que faz com que a entrevista “seja o lugar no qual se constroem possíveis versões da realidade” (ROCHA, DAHER e SANTANNA, 2004, p.166).

Existe uma distância entre a situação empírica e a situação discursiva e não foi ao acaso que determinados sujeitos e não outros foram escolhidos para a pesquisa. Nesse sentido, foram selecionados para essa etapa do estudo “quem já sabe a respeito”, o que significa “que o referido saber já se atualizou anteriormente em outras interações”, e que algo de novo se produz a cada nova situação. A entrevista é, assim, um dispositivo complexo que permite atualizar “textos produzidos em interações anteriores” (ROCHA, DAHER E SANTANNA, 2004, p.174 e 177).

A inclusão dos participantes nessa etapa da pesquisa se deu por intencionalidade. Baseado nos dados fornecidos pelos questionários fez-se uma seleção, segundo o critério de proporcionalidade, por categoria profissional de cada curso e por região de saúde.

Este último critério somente para o curso II, devido ao número maior de profissionais neste curso, fato este que possibilitou a inclusão de pelo menos um

profissional por categoria em cada região de saúde, fato que não ocorreu no curso I. Assim, do curso II foram selecionados 12 profissionais, sendo 6 enfermeiros (regiões de saúde: centro-sul, sudeste, oeste, norte, leste e sul), 3 médicos (regiões de saúde: leste, oeste e sul) e 3 dentistas (regiões de saúde: centro-sul, sul e centro-norte). Também foi sorteado um suplente para cada região.

No curso I foram selecionados 3 médicos, 3 enfermeiros e um suplente para cada categoria profissional.

Os profissionais foram entrevistados entre os meses de março a julho de 2012. No curso I, foram realizadas 2 entrevistas com enfermeiros e 3 com médicos; no curso II foram realizadas 6 com enfermeiras, 3 com médicos e 3 com odontólogos.

A entrevista foi agendada diretamente com o profissional e realizada individualmente no local de serviço, segundo disponibilidade referida e liberação da chefia imediata.

O número de entrevistas realizadas obedeceu ao critério de saturação, que indica o momento de parar o recolhimento dos dados para evitar desperdícios de provas, tempo e gastos, quando os dados não trazem mais informações novas ou diferentes (GUERRA, 2006).

A entrevista abordou os seguintes aspectos (Apêndice D):

- Motivação e expectativa em relação ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade;
- Razões que levaram o profissional a permanecer ou deixar de atuar na atenção primária à saúde (APS) após o curso;
- Concepção sobre a APS e sobre as práticas desenvolvidas pelos profissionais;
- Percepção do profissional sobre as possíveis mudanças nas práticas do ponto de vista pessoal, profissional e institucional;
- Potencialidades dos Cursos de Especialização em Saúde da Família.

As dificuldades encontradas para realização das entrevistas foram a localização dos egressos e a disponibilidade de horário deles para a entrevista. Sendo assim, ao final foram entrevistados 5 egressos do curso I e 12 egressos do curso II, no período de março 2012 a agosto de 2012.

Cuidados éticos foram tomados pela equipe de pesquisa antes de fazer as entrevistas, como a exclusão do papel de entrevistador dos pesquisadores que foram professores dos cursos, o teste do instrumento e o treinamento dos entrevistadores. A entrevista teste foi realizada com um dos participantes, em seguida foi analisada pelo conjunto dos pesquisadores, validada e incorporada ao conjunto dos dados coletados.

As entrevistas foram individuais, em local escolhido pelo participante, o que possibilitou privacidade. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Ressalta-se que o tempo decorrido entre o término dos cursos e o momento da entrevista possa ter alterado a capacidade de resposta dos entrevistados.

**Quadro 1 Participantes das entrevistas separados por turmas e categorias profissionais.**

TURMA I		TURMA II			TOTAL
Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	
03	02	03	06	03	
	05		12		17

A quinta etapa consistiu na realização de um Grupo Focal (GF). O GF consiste em uma técnica de pesquisa qualitativa que busca extrair percepções acerca do tema tratado de um grupo que apresenta alguma vivência comum como pré-requisito. Propõe identificar opiniões, sentimentos e expressões verbais e não verbais dos participantes sobre assuntos correlatos ao tema exposto.

Trata-se de uma técnica que possibilita a compreensão dos processos de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (DUARTE, 2008).

Todos os 17 entrevistados foram convidados a participar de Grupo Focal, por e-mail e ligação telefônica, sendo que 12 confirmaram, mas apenas 6 compareceram: dois profissionais médicos do primeiro curso e quatro profissionais, um médico e três enfermeiros, do segundo curso.

O GF foi realizado na sala de aula número 06 da FEPECS no dia 13 de dezembro de 2012 às 19h00, com início às 19h30 e duração de uma hora e trinta minutos, conduzido por dois pesquisadores e foi gravado e posteriormente transcrito na íntegra.

A realização do Grupo Focal justifica-se por ser uma técnica que tem como vantagem, entre outras, segundo Dall’Agnoll e Trench (1999), a possibilidade de intensificar o acesso a informações acerca de um fenômeno, tanto pela intenção de gerar novas ideias, como pela averiguação de uma ideia em profundidade. Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos acerca de um fenômeno são colocados pelos sujeitos, podem ser elaboradas novas percepções, que se mantinham numa condição de latência. A elaboração-expressão ocorre no processo interativo que vai se estabelecendo no grupo. A técnica do grupo focal foi utilizada nesta pesquisa com o objetivo de validar o conteúdo construído a partir das entrevistas.

Foi utilizado roteiro semiestruturado guiado pelos resultados obtidos nas entrevistas (Apêndice E).

**Quadro 2 Participantes do Grupo Focal separados por turma e categoria profissional.**

TURMA I		TURMA II			TOTAL
Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	
02	0	01	03	0	
02		04			06

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A etapa de análise dos dados é o momento de estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações.

A análise documental foi realizada por meio da comparação entre os dois cursos. Os dados do questionário eletrônico foram tabulados e sistematizados no Excel® de forma comparada e optou-se por fazer uma análise dos resultados de forma conjunta, pois as respostas se aproximavam.

Os discursos produzidos por meio das entrevistas e do grupo focal foram submetidos à análise temática de conteúdo, conforme descrito por Franco (2012). A análise de conteúdo segundo Bardin constitui “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de

descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979).

Na análise de conteúdo, as unidades de análise se dividem em unidades de registro e unidades de contexto. Definimos como unidade de registro o tema, que pode ser uma simples sentença (sujeito e predicado), um conjunto delas ou um parágrafo. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e cada tema configura uma unidade de significação “que se liberta naturalmente do texto analisado” (BARDIN, 1979, p.105).

O tema é considerado como a mais útil unidade de registro na análise de conteúdo para acessar opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças e, por essa razão, escolhemos a análise temática. Utilizar o *tema* como unidade de registro para a interpretação das respostas de um determinado grupo de pessoas acarreta a obtenção de um grande número de respostas permeadas por diferentes significados. Assim, foi necessário analisar e interpretar o conteúdo de cada resposta em seu sentido individual e único, conforme propõe Mucchielli (1974, p.51).

Também entendemos a importância de utilizar para análise as Unidades de Contexto, que se configuram como pano de fundo que imprime significado às Unidades de Registro. Trata-se da caracterização dos informantes e de suas condições e inserções institucionais. Neste estudo consideramos ainda a descrição e caracterização dos serviços como Unidades de Contexto.

Incorporadas às Unidades de Registro, as Unidades de Contexto explicitam o contexto em que as informações foram elaboradas, concretamente vivenciadas e transformadas em mensagens personalizadas e socialmente construídas.

Para auxiliar a construção do referencial teórico foram selecionados artigos que abordam as mudanças de práticas após formações para o trabalho, segundo a ótica dos profissionais.

As bases de dados utilizadas foram o Google Acadêmico e o Scielo. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: Prática Profissional na Atenção Básica; Mudança de Práticas; Trabalho em Saúde na Atenção Básica; Processo de Trabalho; Visão Profissional; Práticas de Saúde Pública; Assistência ao Paciente na Atenção Básica.

O enfoque principal foi a visão do profissional sobre si mesmo e o seu trabalho, e não uma visão sobre o trabalho do outro. Objetivou-se identificar reflexões sobre a prática antes da formação (o que e como era realizada) e a prática após a formação (o que mudou no modo de fazer e como se deu essa mudança).

Foram selecionados oito artigos e uma dissertação de mestrado que se referiam às temáticas eleitas. Neles foram identificadas referências ao sentido da prática em saúde/trabalho em saúde, dificuldades para operacionalizar mudanças, referência a prescrições/protocolos e normatização das práticas, evidências de mudanças nas práticas, estratégias de mudança nas práticas e desenvolvimento de competências.

O uso da teorização sobre o processo de trabalho em saúde se fez necessário devido ao fato de o contexto da pesquisa ser da APS ou AB. O trabalho em saúde é coletivo, multiprofissional e, embora fragmentado, reproduz normas prescritas e ainda centradas no saber médico e apresenta em seu processo uma atividade complexa entre saberes comuns e saberes específicos (SCHERER, 2009)

De acordo com Minayo (2004), esse processo de análise promove o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material de comunicação.

Segundo os instrumentos utilizados para coleta de dados - questionário eletrônico e roteiro de entrevista -, a análise foi organizada a partir de dois conjuntos de questões. Foram identificadas as unidades relacionadas ao contexto: 1. Os profissionais e a relação com os cursos; 2. Motivação para fazer o curso e para atuar na APS e expectativas dos profissionais.

A categoria de registro foi constituída a partir das questões sobre mudanças impulsionadas pelos cursos. As lacunas e dificuldades enfrentadas nos cursos e as suas potencialidades para operar mudanças foram questões importantes nos contextos dos cursos, que influenciaram as respostas sobre as mudanças referidas.

As categorias são apresentadas e discutidas acompanhadas de fragmentos dos discursos dos profissionais. Para a identificação dos fragmentos, utilizou-se uma letra seguida de um número. A letra representa a categoria profissional - E para enfermeiro, M para médico e D para dentista. O número representa o sequenciamento das entrevistas, assim E2 significa entrevista número 2 com enfermeiro.



Para identificação das citações do grupo focal, foi definido M para médico e E para enfermeiro, precedidos de GF.

### 3.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SES/DF Nº 180/20122.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE em todas as etapas da pesquisa e tiveram a liberdade de desistir em qualquer momento.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 CONTEXTO DOS CURSOS**

Apresenta os Cursos I e II, e foi organizado em dois conjuntos de informações: 1) Atenção Primária à Saúde no DF e os Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade; 2) características dos projetos pedagógicos.

#### **4.1.1 Atenção Primária à Saúde no DF e os Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade**

A história da constituição do sistema de saúde pública no Distrito Federal e, muito especialmente, da organização da APS e criação do PSF ajudam a compreender o contexto em que se desenvolveram os dois cursos.

O sistema público da saúde do DF teve sua origem a partir do Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar, no final da década de 60, também conhecido como Plano Bandeira de Mello, que pretendia adotar a municipalização ao implantar a rede de saúde. A pretensão desse plano foi centralizar em uma entidade a provisão para as ações de saúde tradicionalmente geridas pela previdência social (SANTANA, 2010).

Até o final do ano de 1968, a rede de saúde era administrada pela Fundação Hospitalar do DF (FHDF) e organizada por unidades sanitárias. A expansão e reorganização da FHDF se deram em dois momentos distintos: primeiro com a construção de unidades de saúde no Gama, Taguatinga e Sobradinho, que se tornaram Hospitais Regionais e posteriormente com a criação de outras unidades em Planaltina, Ceilândia e Brazlândia; o segundo momento de expansão ocorreu com a construção de quarenta centros de saúde (SANTANA, 2010).

Outro marco importante na fundação da rede de saúde no DF foi o Projeto Planaltina, que aconteceu entre os anos de 1975 e 1978. Seu principal objetivo foi expandir a atenção à saúde nas periferias da região de Planaltina, com ênfase na

Saúde Familiar. Esse modelo seria adaptado às condições da região, integrando os serviços locais de saúde e o ensino-docência, hierarquizando níveis de atenção à saúde. A perspectiva era expandir o Projeto “Construindo um Distrito Docente-Assistencial” [...] envolvendo a Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, influenciando decisivamente na estrutura dos serviços, da docência e da pesquisa” (SANTANA apud SIMÕES BARBOSA, 1980).

Além da UnB, outras instituições federais e estrangeiras também contribuíram com o GDF para a operacionalização do Projeto, que teve como pilares a articulação ensino-serviço, a introdução de um novo ator na rede de saúde, o “agente de saúde”, componente da própria comunidade que passa a atuar na equipe de saúde, e a inovação da participação comunitária com a representação de moradores na definição das ações de saúde locais (SANTANA, 2010).

O Projeto Planaltina sem dúvida influenciou o desenvolvimento da APS no DF. Entre os anos de 1979 e 1984, com a vigência do Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal, houve a expansão de centros de saúde, foi formada uma rede de complexidade para direcionar o acesso e, naquele momento, o DF foi dividido em oito regiões de saúde.

As ações desenvolvidas nos Centros de Saúde compreendiam prevenção de doenças por meio de atividades educativas, atenção médica e odontológica, referência à rede hospitalar para acompanhamento especializado, fornecimento de alimentos a populações vulneráveis, contribuições com ações de saneamento ambiental, priorização e eleição de ações por parte da participação comunitária e territorialização da assistência (SANTANA apud PEREIRA, 1981).

A construção de postos de saúde satélites aos centros de saúde estava no planejamento futuro, entretanto isso não ocorreu na década posterior e a ingerência do sistema prejudicou o desempenho da rede, que estava desarticulada e desprestigiada diante do sistema de saúde.

O desenvolvimento da assistência focada na saúde da família no DF se deu em três momentos: implantação do Programa Saúde em Casa, em 1997; do Programa da Família, em 1998; e do Programa Família Saudável, a partir de 2005.

A proposta na primeira fase da implantação do Programa Saúde em Casa era incorporar as diretrizes do modelo original do MS com recursos do próprio GDF, ampliar a rede física para instalação das equipes com locação de imóveis, reduzindo

assim a burocratização do sistema para a implantação dos postos de saúde, e contratar funcionários com seleção e remuneração diferenciados.

A expansão se deu nas regiões administrativas do DF até atingir uma cobertura de 60% da população do DF, com exceção da população na região central, que além de não apoiar a estratégia, contribuiu para a disseminação do paradigma de “saúde para os pobres”. Outra característica do Programa foi a terceirização de compras através do contrato com o Instituto Candango de Solidariedade (GÖTTEMS, 2010).

Em 1998, com a troca do governo, o programa foi extinto e os profissionais foram demitidos. Passou-se então a adotar a estratégia original do MS: o Programa Saúde da Família. Entretanto, não houve prioridade para a proposta e para a manutenção das 134 equipes originais. Ao final de 2002, apenas 38 estavam completas e funcionando (DISTRITO FEDERAL, 2004).

Essa situação perdurou e piorou nos anos subsequentes até que em 2005 o GDF lançou mão de uma nova proposta para salvar a APS, com a terceirização da gestão do programa que passa a se chamar Programa Família Saudável.

Entre os anos 2005 e 2006, o GDF celebrou um convênio com a OSCIP Fundação Zerbini para alavancar a APS no DF e oferecer outros serviços além dos que já eram ofertados pela proposta original do MS, como atenção prisional, com duas unidades implantadas, ampliação da saúde mental, com a ampliação do Centro Atendimento Psicossocial (CAPS) para atenção aos transtornos mentais, e atenção à saúde bucal. A proposta contemplava a ampliação da rede física e seleção de profissionais de saúde para compor as equipes.

Com as denúncias de irregularidades e alteração do cenário político, o convênio com a Fundação foi suspenso e a SES/DF buscou novos arranjos para a manutenção do Programa Saúde da Família.

O Quadro 3 descreve as características e principais diferenças existentes entre os dois cursos e o contexto da SES/DF em que foram ministrados. Na realização do segundo curso, o contexto político institucional era de transição de governo no DF e de ruptura da SES/DF com a Fundação Zerbini, responsável até aquele momento pelas contratações dos profissionais de saúde para a ESF. Isto contribuiu para o descrédito dos profissionais quanto à manutenção da ESF que

conviviam com a precarização das condições de trabalho, baixa cobertura do PSF (3%) e a instabilidade dos vínculos trabalhistas.

Apesar do contexto adverso, foi também um momento de retomada das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

**Quadro 3 Quadro resumo das características dos Cursos I e II de Especialização em Saúde da Família e Comunidade.**

<b>Turma I</b>	<b>Turma II</b>
<p><b>Contexto na SES/DF</b> Vigência do convênio com a Fundação Zerbini para contratação de profissionais de saúde para o Programa Família Saudável/PSF; Implantação do PFS e do PACS; Expectativa de expansão.</p>	<p><b>Contexto na SES/DF</b> Ruptura com a Fundação Zerbini; Cobertura pelo PFS de 3%; Descrédito dos profissionais em relação a manutenção da ESF; troca de governo; implantação do acolhimento e retomada das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.</p>
<p><b>Objetivos</b> Formar médicos e enfermeiros para desempenharem suas atividades profissionais na Estratégia Saúde da Família com sólida qualificação para as abordagens de caráter clínico individual e coletivo, levando sempre em conta os contextos familiar e social, permitindo-lhes imprimir em tal nível de atenção à saúde, uma prática competente e resolutiva.</p>	<p><b>Objetivos</b> Capacitar profissionais de saúde, servidores públicos vinculados à atenção primária dos serviços de saúde da SES-DF, em nível de pós-graduação, em Saúde da Família e Comunidade com vistas a promover mudanças favoráveis nas condições de saúde e bem estar da população em geral e sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS-DF).</p>
<p><b>Público alvo</b> Atendimento a Resolução 08/2004 do CEPE/ESCS/FEPECS. Curso financiado pelo Ministério da Saúde, por meio da intermediação administrativa da UNESCO, no contexto do Polo de Educação Permanente/RIDE. A contratação dos docentes era por indicação da Coordenação Local, segundo critérios de competências profissionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ médicos e enfermeiros do PFS contratados antes de 31/07/2004 (40 vagas);</li> <li>▪ médicos e enfermeiros do quadro permanente de pessoal da SES-DF em atividade no CS com PFS e/ou PACS.</li> </ul> <p>Duração: 14 meses Carga horária total: 746h</p>	<p><b>Público alvo</b> Atendimento Resolução CNE/CES 8/2007 que estabeleceu normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i>; Construção do banco de profissionais credenciados - Edital nº 001/2007-CPEX/ESCS-FEPECS Equipes de coordenação e de instrutores: 02 coordenadores técnicos (um para cada terminalidade), 01 coordenador pedagógico, 21 instrutores I, 1 instrutor II e 10 instrutores III (sendo três odontólogos). Duas terminalidades definidas por grupos de profissionais: 1º: comum para enfermeiros, médicos e odontólogos 2º: específico para médicos e enfermeiros, constituindo-se de 17 módulos, com carga horária total de 396h; 2º: específico para odontólogos, terá duração de 17 meses, constituindo-se de 13 módulos, Carga horária total: 360h.</p> <p>Duração: 19 meses</p>
<p><b>Perfil dos docentes</b> 12 docentes responsáveis por módulos e aproximadamente 10 colaboradores eventuais, sendo: 33,3% especialistas, 50% mestres e 17%</p>	<p><b>Perfil dos docentes</b> 31 docentes, sendo 58% mestres ou doutores, 13% de especialistas e 39% monitores mestres e especialistas.</p>

doutores.	
<p><b>Conteúdos</b></p> <p>Indivíduo, família e comunidade; Políticas públicas setoriais e gestão em atenção básica; Vigilância em saúde; Educação em saúde e processos pedagógicos; Metodologia de pesquisa; Abordagem do indivíduo em seu contexto; Atenção integral à saúde da criança no contexto familiar; Atenção integral à saúde do adolescente no contexto familiar; Atenção integral à saúde da mulher no contexto familiar em suas condições específicas; Saúde reprodutiva e planejamento familiar; Abordagem integral à saúde do idoso no contexto familiar; Abordagem integral à saúde mental no contexto familiar e social e Urgências e emergências cirúrgicas.</p>	<p><b>Conteúdos</b></p> <p>Módulo 1: Imersão na Estratégia Saúde da Família; Módulo 2: Gestão e planejamento da Atenção Básica; Módulo 3: Processo de trabalho na Atenção Básica; Módulo 4: Conhecimento e informação em saúde; Módulo 5: Metodologia de pesquisa; Módulo 6: Vigilância à saúde; Módulo 7: Violência urbana e intrafamiliar; Módulo 8: Saúde bucal na Atenção Básica; Módulo 9: Processo de ensino e aprendizagem da educação permanente em saúde.</p> <p><u>Módulos específicos para médicos e enfermeiros:</u> Módulo 10: A abordagem familiar ao paciente crônico; Módulo 11: Saúde da criança; Módulo 12: Saúde do adolescente; Módulo 13: Saúde do adulto; Módulo 14: Saúde da mulher; Módulo 15: Saúde do idoso; Módulo 16: Saúde mental e terapia comunitária; Módulo 17: Práticas integrativas em saúde;</p> <p><u>Módulos específicos para odontólogos:</u> Módulo 10: Campo de atenção na saúde bucal, planejamento, monitoramento e avaliação em saúde bucal e pacto da gestão da saúde; Módulo 11: O processo de trabalho na equipe de saúde bucal; Módulo 12: Principais agravos em saúde bucal; Módulo 13: Organização da atenção por meio do ciclo de vida.</p>
49 profissionais certificados, sendo 34 (69,4%) enfermeiras e 16 (32,6%) médicos.	72 certificados, sendo 39 (54%) enfermeiros, 18 (25%) dentistas e 15 (20,8%) médicos

Fonte: Relatório final projeto PPSUS, 2013.

#### 4.1.2 Projetos Pedagógicos dos cursos

O Projeto Político Pedagógico dos Cursos ressaltam a sua importância como ferramenta de transformação da prática profissional, a partir do desenvolvimento de competências específicas voltadas para a ESF, com vistas a promover mudanças favoráveis nas condições de saúde e bem-estar da população.

O objetivo geral do Curso I foi formar médicos e enfermeiros para desempenharem suas atividades profissionais na Estratégia de Saúde da Família (Quadro 3). O Curso objetivou também uma mudança na formação para o trabalho e, portanto, a estrutura curricular teve como base a integração ensino e serviço, na perspectiva da Metodologia Problematizadora de Ensino, que permite ao

profissional/estudante construir o conhecimento por meio da reflexão e indagação da prática.

No Curso II, o objetivo geral especifica: capacitar profissionais de saúde, servidores públicos, vinculados à atenção primária. O programa do Curso II contemplou duas terminalidades: a primeira, um conjunto de conteúdos que contemplou as três categorias profissionais envolvidas, que são médicos, enfermeiros e odontólogos, e a segunda terminalidade, cujos conteúdos foram organizados subdivididos em duas partes: a primeira comum aos médicos e enfermeiros e a segunda dirigida aos odontólogos.

A elaboração da proposta pedagógica levou em conta o documento “A Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal – competências do médico e do enfermeiro”, elaborado em 2003.

#### 4.2 OS PROFISSIONAIS E A RELAÇÃO COM OS CURSOS

Os sujeitos da pesquisa eram originários, em grande parte, da região de saúde Norte, composta pelas regiões administrativas Sobradinho e Planaltina, perfazendo 25% do total. Tanto a Região Centro-sul (Asa Norte, Núcleo Bandeirante e Guará) quanto a Sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas) também tiveram uma participação significativa no curso, com 16,25% e 13,75% respectivamente.

A predominância de profissionais dessas regiões de saúde nos cursos pode estar relacionada à presença de um grande número de equipes de saúde da família nesses locais. As regiões de saúde onde os profissionais egressos trabalhavam eram: centro-sul, centro-norte, leste, norte, sudoeste, sul, oeste e nível central. Entre estas, a que possui maior número de equipes de ESF é a sudoeste.

A categoria profissional com maior participação nos dois cursos foi a de enfermeiros, que corresponde a 57% (31) no curso II e 58% (14) no I. A segunda maior participação no curso II foi dos dentistas, com 27% (15), e no I foram os médicos, com 42% (10) (Quadro 4). Os médicos tiveram uma participação de 16% (9) no curso II.

Os profissionais possuem em média 10 anos de formados, variando de 10 a 21 anos. Em relação à experiência de trabalho na APS, o tempo variou de 6 a 10 anos nos dois cursos.

No que se refere à formação, os profissionais relataram a realização de outros cursos de especialização com foco na APS, cursos de atualização voltados para a prática profissional na atenção primária e saúde coletiva e um dos profissionais do curso I refere ter feito mestrado.

**Quadro 4 Participantes dos cursos separados por turmas e por categorias profissionais.**

TURMA I			TURMA II	
Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros	Dentistas
42% (10)	58%(14)	16%(9)	57 % (31)	27% (15)

Os enfermeiros era a maioria profissional nos dois cursos, por isso houve também uma inserção maior desses profissionais como sujeitos na pesquisa. Pode-se inferir que essa categoria profissional demonstra maior interesse em aprimorar a atuação na ESF, além do fato de ser o maior contingente profissional na atenção primária em relação aos dentistas e médicos.

Segundo Backers et al. (2012, p. 227), o enfermeiro é reconhecido como interlocutor e o “principal agente catalisador de políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF, que requer um envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das famílias e comunidade”. Tal categoria atua como protagonista nas unidades de saúde da família, o que confirma os dados coletados por esta pesquisa.

**Quadro 5 Respondentes dos questionários separados por turmas e por categorias profissionais.**

TURMA I		TURMA II			TOTAL
Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	
69% (9)	31% (4)	62,5 % (20)	15,5 % (5)	22% (7)	
29% (13)		71% (32)			100% (45)



## 4.2.1 Motivação dos Profissionais

Nesta categoria, são retratadas as motivações apontadas pelos profissionais para realizar os Cursos e para atuar na APS. Para a realização dos cursos, as motivações podem ser subdivididas em: aquisição de conhecimento, instrumentalização para atuação na APS, incentivo de colegas e oportunidade para titulação.

Segundo os egressos a principal motivação para realizar o curso de especialização foi ampliar o conhecimento para aplicação e melhoria da prática profissional.

Eu queria aprender um pouco mais do que seria atuar como médico na ESF. Esse foi a minha principal motivação, aprender a fazer a organizar meu processo de trabalho, como lidar com a equipe, as patologias na perspectiva do médico de família e da comunidade (M2).

As mudanças no modelo assistencial e, conseqüentemente, nas práticas de saúde propostas, emergem da necessidade de responder as demandas relacionadas à conservação e aquisição de saúde. O que vigora ainda é um modelo fragmentado entre os diferentes níveis de assistência, em estrutura piramidal, fundamentada na hierarquia entre os patamares de atenção, com prioridade para o atendimento no nível terciário, que funciona rotineiramente como porta de entrada do sistema. Melhorar a cobertura e o atendimento pressupõe que os profissionais reflitam e discutam novos conceitos.

Foi pra melhorar, né? Pra mim, além de atualizar os conhecimentos, melhorar no atendimento (E4).

Eu me interessei em fazer [...] foi pra me qualificar [...] (E1).

[...] Eu achei que essa especialização fosse dar mais inserção pro que eu tava fazendo (M3).

E também a oportunidade de titulação:

Eu tinha também uma expectativa de melhoria de titulação. Então, é porque a gente precisa melhorar a titulação para poder ter um ganho financeiro melhor (D1).

[...] pelo fato de não ter nenhuma especialização e ter encontrado... aqui em Brasília (E7).

A proposta da ESF é construir uma assistência pautada em um modelo integrado, sem hierarquia, mas sim poliarquia, com comunicação horizontal entre os setores e equipes, que não se organizam mais em níveis, e sim redes de atenção. Uma das estratégias para construção desse novo paradigma é a capacitação

profissional para desenvolver um novo perfil de trabalhador diferente daquele atuante, com formação tradicional no modelo biomédico hegemônico. (CONASS, 2011).

Os objetivos dos cursos contemplam o desenvolvimento de competências – aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes, com vistas a conhecer e atuar nos contextos individuais, familiares e coletivos reais, bem como saber articular os mecanismos existentes e potenciais das redes de atenção que auxiliem o profissional na identificação e resolução de problemas compartilhados entre os membros da equipe.

Segundo Schwartz (1998), os ingredientes da competência ilustram exatamente essa possibilidade de diálogo com os saberes acumulados e as experiências singulares do trabalho para atender as situações enfrentadas pelo profissional frente às necessidades dos usuários. Essas necessidades não são objetivas e as condutas dos profissionais tão pouco podem ser padronizadas. Cada situação convoca o sujeito a dialogar com os seus saberes acumulados e vivências, reconstruindo e aperfeiçoando sua prática à medida que reavalia e assume a necessidade de atualizar seu acervo conceitual e aprimorar seu modo de fazer. Esse despertar para a reelaboração emerge do questionamento que o sujeito se coloca à medida que assume que seu patrimônio não é suficiente para responder as demandas enfrentadas.

A proposta pedagógica dos cursos despertou a motivação dos profissionais quando estes reconheceram as especificidades e as lacunas da graduação no que se refere à APS:

Pra melhorar mesmo minha atuação né, na área de atenção básica. Por que é uma área muito extensa, né, o curso de graduação não dá a visão plena mesmo da atenção básica (E2.)

Em outras áreas eu aprendi muito mesmo, assim, foi como se eu fizesse outra graduação. Foi enriquecedor o conhecimento (E1).

Ainda, a oportunidade de melhorar o trabalho que vem fazendo,

Foi mesmo pra tá melhorando o atendimento né, o trabalho, melhorando o processo todo de trabalho né, atuando no... tentando chegar no ideal do saúde da família (E3).

e por incentivo de colegas:

Foi um incentivo das minhas colegas de trabalho (E4)

Sobre a motivação para atuar e continuar atuando na APS, as respostas evidenciaram que os profissionais possuem afinidade com o modelo, crença no

potencial do modelo para modificar a situação de saúde da população e, no caso dos profissionais enfermeiros, a existência de autonomia profissional. Isso também evidencia o perfil do profissional que aposta na APS como dispositivo fundamental para reordenar a rede e dar respostas às principais e mais frequentes demandas de saúde. Nas discussões do GF, os egressos confirmaram essas motivações e salientaram a questão da motivação ser um ímpeto pessoal:

Eu gosto. Realmente eu gosto de trabalhar na AP e no PSF (E4);

ou devido a um perfil:

Essa motivação, pelo menos a minha, acho que depende do perfil da pessoa. Então não é que eu ache que o hospital seja ruim, mas no meu caso, desde que eu me formei eu não me vejo trabalhando num hospital o tempo todo. Mas isso é um perfil meu (GF).

Além disso, o desejo de atuar na APS, que pode ou não ser influenciado por questões externas. Segundo os respondentes, é possível manter o desejo e a crença mesmo quando as condições não são favoráveis:

Eu acho que o principal é paixão, porque as condições de trabalho são horríveis, horríveis (M2).

Esta opinião é confirmada no GF:

Então, acho que a motivação parte da pessoa porque se você for se deixar levar por questões negativas que ocorre dentro da SES e do governo, é só desestímulo mesmo, e quanto à questão que a colega estava colocando das especialidades, essas trocas de gestores frequentes, interesses de poder mesmo, de política partidária, tudo isso influencia na gestão da saúde pública (GF).

Além de ser a solução para os problemas da saúde, foram apontadas ainda vantagens adicionais (e pessoais) do tipo: trabalho em horário comercial, inexistência de plantões e recebimento de gratificação.

Eu acho que é a solução da saúde em qualquer lugar (APS), não só no Brasil, mas no mundo. Só a atenção primária vai poder desafogar os hospitais, né, vai fazer com que os índices melhorem... Então é uma das minhas motivações, e tem as motivações que são pessoais, que é a questão de trabalhar de segunda a sexta, no horário comercial, não dar plantão, o salário ser melhor, tem as gratificações [...] (E5).

Apesar dos aspectos sobre vantagens pessoais aparecerem, os princípios balisadores das APS se sobressaem nos discursos dos profissionais ao reafirmarem a importância do trabalho com a possibilidade de promover mudança na situação de vida e na saúde dos indivíduos.

Em contraposição a essas vantagens pessoais, no GF os profissionais reiteram motivações relacionadas às possibilidades de melhoria da saúde da população presente no trabalho da APS:

Quando eu penso em motivação, eu penso no querer fazer, no querer acontecer, no querer mudar, no querer melhorar. Então, na minha opinião, o que eu acho que um cargo, que não trabalhar fim de semana, que não trabalhar no recesso, não é uma motivação, não significa que está motivado a melhorar a qualidade do serviço. Há pessoas vão para a APS estão motivadas por trabalho? Não necessariamente estão. Então motivação pra mim é crescer, melhorar, ampliar o conhecimento [...] (GF).

É porque eu gosto mesmo. Já foi difícil decidir a sair do atendimento porque eu gosto de tá junto ao paciente e tudo. É mais por afinidade mesmo (E1).

A promoção da saúde e a prevenção de agravos são os principais nortes da APS e estão associados a valores ligados à qualidade de vida e aos conhecimentos epidemiológicos locais, sendo fortemente aplicados no contexto do trabalho em saúde. São determinantes para a mudança do modelo assistencial por intervir diretamente no processo saúde-doença (ANS, 2007).

É o caminho de você achar problemas, conseguir melhores índices epidemiológicos. A prevenção e a AB, eu tenho convicção que melhora a saúde [...] (E6).

Nesta perspectiva os profissionais reconhecem a efetividade do modelo com foco na qualidade de vida para mudanças na situação de saúde.

Não trabalhar nas consequências dos problemas, e sim nas causas, até antecipar as causas, né, seria isso, é, assim é a minha intenção e a minha motivação sabe? De pegar o problema na base mesmo (E4).

As concepções sobre APS foram identificadas por meio dos questionamentos diretos realizados ou que apareceram ao longo do discurso. Sobre a contribuição do curso para ampliação das concepções sobre APS, foram identificados princípios doutrinários e organizativos do SUS, além dos preceitos fundamentais da APS.

Eu sempre me identifiquei né, com o trabalho na comunidade assim e é a área que eu gosto mesmo. De tá com a população, essas coisas, questão de orientação, visita domiciliar. Eu sempre me identifiquei com esse trabalho (E3).

Eu entendo assim: a medicina de família e comunidade, ela é o foco principal da forma que a gente pode agir prevenindo doenças, promovendo a saúde da população (M1).

Sem a atenção primária, básica de saúde, é muito difícil resolver os problemas de saúde no Brasil (M3).

[...] de pegar esse curso e aplicar, né, a prática do dia a dia no PSF (E3).

#### **4.2.2 Expectativas dos Profissionais**

A questão do conhecimento e da sua aplicação prática foi apontada como a expectativa da maioria dos profissionais, que, segundo os depoimentos, foi parcialmente ou totalmente respondida.

Para sete entrevistados (três do curso I e quatro do curso II), as expectativas foram respondidas totalmente. Outros seis profissionais, sendo um do curso I e cinco do curso II, consideram que suas expectativas foram parcialmente atendidas. Houve uma resposta no curso I e três no curso II que referiram que as suas expectativas não foram alcançadas.

Acredito eu, 80% correspondeu ao que esperava (E4).

E outros se mostraram entusiasmados:

É, foram superadas (as expectativas). Eu saí, quando terminou o curso, eu... saí muito entusiasmado (M1).

Houve uma preocupação no curso II em relação à inserção do aluno na prática e na realidade do serviço como atividade pedagógica, contando com um instrutor em campo para conduzir as atividades nos territórios. Desse modo, as expectativas quanto à aplicação prática poderiam ser atendidas com a vivência em ambientes reais, nos locais de atuação desses profissionais, permitindo desse modo que eles refletissem e discutissem o modo de agir nos contextos compartilhados por eles:

Melhorar a teoria, é, colocá-la em prática ao longo do curso e depois do curso na parte profissional (E6).

O curso é muito bom e foi muito voltado pra parte do serviço mesmo, pras mudanças, pras diferenças que aconteceram. As diferenças que seriam o funcionamento convencional pra uma nova proposta. E embasamento tanto de portaria, de lei, políticas [...] foi muito importante (D3).

Referem uma mudança:

Eu tinha o olhar muito, muito direcional, unidirecional com o trabalho, principalmente com a parte prática eu comecei a ver coisas, comecei a ver comportamentos em mim que deveriam ser mudados. Isso pra mim foi o grande ganho do curso (GF).

#### 4.3 MUDANÇAS IMPULSIONADAS PELOS CURSOS

Tanto nas entrevistas como no GF foi possível identificar dois níveis de mudanças em suas realidades de trabalho impulsionadas pelos cursos: 1) do ponto

de vista da prática profissional, com melhoria da qualidade dos atendimentos e 2) mudanças relativas ao aumento de conhecimento e à sedimentação de conceitos.

A melhora da qualidade dos atendimentos foi descrita como aumento da segurança para procedimentos e tomada de decisão, escuta qualificada e melhora do fluxo de pacientes:

[...] já sabemos pra onde direcionar melhor o paciente [...] (D1)

[...] com relação a fluxo de paciente que mudou, atendendo uma demanda mais espontânea, menos atendimentos agendados como a gente fazia antes, abrindo algumas exceções, coisa que a gente não fazia [...] (GF).

[...] Então se chega uma criança ali pra mim avaliar, né, eu avalio aquela criança por completo e faço orientação pra mãe, quanto mais conhecimento eu tenho, mais segura eu passo essas informações, mais resolutivo fica o meu trabalho [...] (E8)

[...] Ampliou também essa questão de ouvir a comunidade... a questão do planejamento participativo da comunidade ajudar a planejar" (E2)

[...] Pro atendimento individual ficou mais visível a necessidade da comunidade, não fechar dias fixos de atendimento, mas sim deixar um planejamento, porém deixar uma agenda mais livre pra tá atendendo a comunidade [...] (E4)

As mudanças evidenciadas na prática profissional referem também a construção coletiva de um plano terapêutico com incentivo ao protagonismo do usuário e aumento do número e tempo de consulta, conforme o depoimento:

[...] na abordagem direta na família mudou [...] mobilizar a comunidade a trabalhar [...] (E1).

[...] a construção coletiva de um plano terapêutico junto com a comunidade, e isso me despertou demais essa a minha visão [...] (GF)

Referem também à mudança na abordagem em grupos:

[...] acho que a gente mudou muito a questão do grupo não ser só a questão de palestras e sim uma roda de conversa, né, assim, ouvir mais o paciente, não... aproximar mais deles [...] (E2)

Em relação à gestão do trabalho, aqueles profissionais que realizam a função de coordenadores das equipes salientaram mudanças no modo de trabalhar, especialmente no que se refere à gestão compartilhada com a equipe e a comunidade por meio de reuniões e diálogos:

Gestão do cuidado de modo que seja o mais, o mais fácil possível, a gente tenta atuar de uma maneira íntegra [...] atuar em equipe [...] monitoramento em condições de vulnerabilidade [...] (M2).

[...] fazer a reunião de equipe, pelo menos uma vez na semana [...] questão do planejamento mensalmente e anualmente [...] (E4)

Entender a importância do trabalho em equipe [...] e aprendizado em conjunto [...] após o curso, o entendimento que a questão não é medicocêntrica, mas é uma discussão da equipe com o paciente e vice versa (M6).

E a experiência de aprender a delegar funções e melhorar a comunicação entre os membros da equipe com maior interação multiprofissional:

a gente fez amizade que são médicos [...] mudou demais. Até o relacionamento e pra implementar qualquer atividade [...] (E1)

Eu acho que teve muito isso mesmo, você aprender a delegar a funções. Eu aprendi a delegar funções. Era uma dificuldade minha, então, eu sempre achei que conseguia fazer tudo (GF).

Para o profissional, estas mudanças se deram a partir de iniciativas de implementação de educação voltada para a equipe e impactaram a organização do serviço:

[...] mas agora o mais importante é que agora eu sei como fazer, agora eu entendo melhor como funciona essa APS, mas concordo, concordo e entendo inclusive as colegas depende muito, da formação etc... (GF).

É responsabilidade do médico e do enfermeiro tá treinando os ACS e, assim, não seria nem um curso de especialização mesmo, mas encontros práticos da realidade do dia a dia de toda a equipe (GF).

[...] mudança da prática da assistência ao climatério [...] foram rotinas que nos permitiram estabelecer uma boa relação com a ginecologia na minha regional dos Centros de Saúde [...] discuti pessoalmente com ele, eu tinha liberdade de ligar, de buscar os pacientes que eu havia referenciado [...] (M5)

O estreitamento da relação com os outros profissionais foi um ponto evidenciado para o fortalecimento da atuação em equipe. A interação multiprofissional foi um ponto importante de comunicação, vivenciada a partir do curso e contextualizada para o ambiente de trabalho:

[...] fomos buscar paralelismo [...] entramos também no trabalho em equipe dentro do centro de saúde com os médicos, com as enfermeiras (D1).

[...] A gente interage também com outros profissionais também, então cada um expõe suas experiências né, conhecimento e contribuiu muito o curso (E4).

[...] ouvir os profissionais pra traçar, ou seja, o programa do curso pra ver se é isso mesmo que nós estamos precisando (E4).

Acho que como a turma é multidisciplinar, tem professores também multidisciplinar [...] ter um grupo de professores multidisciplinar, multiprofissional também (E6).

Assim, observaram melhoria no acesso, aumento da resolutividade, atenção integral e intersetorialidade:

[...] a grande maioria dos problemas podem ser resolvidos na AP, né [...] quase 90% dos problemas que chegam (M3).

[...] reconhecer no outro um cidadão, de reconhecer que ele é um sujeito integral e que ele precisa do meu trabalho e que a gente pode trabalhar juntos numa visão um pouco mais assim, menos burocrática (E6)

[...] A gente passou a procurar mais o conselho tutelar [...] administração, é, os comerciantes [...] (D1)

A finalidade do curso foi exatamente fazer essas transformações nas formações e nos conceitos E em todos os níveis [...] envolve a família, ela envolve o meio ambiente, ela envolve a alimentação, ela envolve a escola, ela envolve o trabalho [...] (M5).

Houve mudanças (na relação com a família) Eu, primeiro de você inteira com a família, inteira com o local, inteira com os agravos que eles tivessem enfrentando [...] (na comunidade) Aí você começa a fazer modificações em cada casa. Daqui a pouquinho você tá mudando aquela comunidade. Até no problema do lixo, as denúncias [...] Tinha uma, uma esquina lá que eu coloquei “esquina do lixo”, precisamos melhorar. Todo mundo botava o lixo ali naquela esquina (M5)

São temas relacionados às mudanças visíveis na prática profissional, associados aos elementos relatados nas falas: redes de apoio; inserção em práticas; apropriação de conhecimentos técnicos em ginecologia e saúde da criança.

A APS é o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, né. Então ela passa agora a ser o centro, ela que coordena toda a rede de atenção à saúde no modelo de redes, que antigamente era hierarquizado e agora tá se tornando no modelo de redes né, então ela coordena toda a atenção, toda a... todo o sistema de saúde né, toda a rede de atenção a saúde ela que coordena (GF).

Então eu adquiri muito... e principalmente na área da criança (E2).

[...] A parte técnica mesmo de coleta de preventivo, a questão do toque que eu não sabia fazer um toque e aprendi lá. Apalpação da mama, que eu já tinha uma noção, mas lá foi bem mais específico [...] (E7).

Aí faz o tratamento tá curado, aí você faz a comunicação, faz notificação, a zoonose vai lá e vê os cães afetados, vê outras pessoas que estejam feridos [...] foi isso que nós aprendemos no curso. E isso é prevenção (M4).

Em relação às mudanças operadas no nível de conhecimento, visão conceitual dos profissionais, aparecem elementos de incentivo à apropriação e fortalecimento de conhecimento e embasamento teórico sobre os temas que envolvem trabalho:

[...] E o curso ajudou. Eu acredito que ele ajudou a sedimentar conceitos que a gente já não... não sabia porque que tinha (E1)..

Foi mais uma atualização mesmo, uma oportunidade de rever conceitos (E3).

[...] abriu-se um universo de conhecimentos [...] (D1).

A pessoa tem que ter um estímulo a mais, um perfil pra aplicar esse conteúdo e trazer para a prática (GF).

Faltava pra mim embasamento teórico, então isso me fez aproximar mais da literatura, mas no processo de trabalho mesmo em si eu acho que ainda falta motivação, mas agora o mais importante é que agora eu sei como fazer, agora eu entendo melhor como funciona essa APS, mas concordo, concordo e entendo inclusive as colegas depende muito, da formação etc... (GF).

[...] abriu minha visão no sentido de quem tá chegando, a gente tem que acolher aquela pessoa, falar como é que trabalha, aceitar as ideias novas que ela tá trazendo [...] (M1)

A mudança da visão hospitalocêntrica e centrada na doença,



Você começa a ver com os olhos mais apurados, digamos assim, a importância da AP e você começa a focar cada vez mais nisso, não só a hospitalização, não só a medicina hospitalocêntrica [...] (M5)

Os aspectos ligados à humanização da assistência, com uma visão mais ampliada das necessidades da família, com a construção de vínculo e a responsabilização:

A questão de ser a porta de entrada tem uma responsabilidade muito grande de acolher o paciente né, a gente tem que ser resolutivo [...] principalmente por o curso ser multidisciplinar, ser com várias categorias também (E1).

Independente do que ele seja, se ele é centro de saúde tradicional ou se ele é estratégia de saúde da família, o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade da unidade de saúde com a comunidade, ele é o mesmo (D3).

Esses elementos remetem a mudanças do modelo de saúde, especialmente em relação à apropriação do conceito de territorialização.

Atenção primária é mais isso, ter vínculo, se responsabilizar por aquela área... Sim, o curso contribuiu sim nessa visão de vínculo, de responsabilização de territórios (M1).

Na relação com o contexto para efetivação de mudanças, são evidenciados pelos participantes tanto resistências de âmbito dos profissionais diante das adversidades, quanto em relação à comunidade para concretização de melhorias nas situações de saúde. Tais resistências são ligadas tanto aos contextos desfavoráveis (alta demanda, baixa cobertura, deficiência de RH), quanto à formação deficiente (ausência de protocolos de atuação em família, capacitações pontuais e fragmentadas).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2006), para compreender como o conhecimento se converge em ação é preciso conhecer o contexto institucional, compreender o trabalho e suas interferências e normas antecedentes nos comportamentos, hábitos e representações sócio-históricas construídas e trazidas pelos profissionais.

Os limites da formação distante da prática profissional puderam ser visualizados à medida que os entrevistados verbalizaram uma mudança do ponto de vista teórico restrito, descontextualizado do processo de trabalho. O primeiro ingrediente da competência retrata a apropriação de saber como ponto de partida e fundamental para a submissão de normas antecedentes, porém só ele é incapaz de operacionalizar mudanças.

Algumas pesquisas que analisaram a relação entre o trabalho e formação retratam dificuldades para operacionalizar mudanças por parte dos profissionais em seus ambientes de trabalho (PEREIRA, 2003; CUNHA, 2004). No campo do desenvolvimento de competências para a prática profissional, a referência a prescrições/protocolos e normatização das práticas, evidências de mudanças nas práticas, representa uma característica fundamental para a formação em saúde (CUNHA, 2004).

O sentido que alguns profissionais atribuem sobre suas práticas de trabalho são relacionados como meios para se obter cura, aplicação de normas e prescrições (execução de técnicas e procedimentos) e execução de elementos ou diretrizes como o cuidado, o acolhimento, a assistência/a gerência, o trabalho em equipe, a educação, a prevenção de agravos e a promoção da saúde (FRACOLLI, 2001; PEREIRA, 2003; SILVA, 2005; CUNHA, 2004).

Os significados de mudança retratados em alguns estudos se referem às mudanças da prática descritas como estratégias, formas de abordagens ou mudanças de rotinas com relação à equipe, ao usuário ou às condutas terapêuticas (CUNHA, 2004).

As mudanças, quando evidenciadas, apresentam, necessariamente, caráter positivo, capacidade de produzir respostas satisfatórias relacionadas a elementos reais e visíveis, como, por exemplo, adesão a terapias, integração da equipe, adesão ao planejamento integrado (CUNHA, 2004; SCHOLZE, 2009; ARAÚJO, 2009; RONZANI, 2008). Pôde-se identificar também que esses modos de agir estão relacionados a respostas ou resultados esperados e que não poderiam ser alcançados com estratégias convencionais ou tradicionais (SCHOLZE, 2009).

Em uma pesquisa que analisa as mudanças encontradas nas práticas de equipes, alguns elementos de mudanças foram sistematizados para efeito de melhor compreensão:

a) No processo de trabalho: carga horária integral, gratificação salarial de incentivo, as ações são desenvolvidas por uma equipe, trabalho coletivo enfoque familiar, adscrição da clientela; b) Nas relações entre os agentes: comunicação, diálogo, busca do consenso, humanização, vínculo, objetivos comuns, participação da comunidade; c) Nos conteúdos: orientada pela promoção da saúde, concepção de integralidade das práticas, intersetorialidade (ARAÚJO, 2009, p. 1448).

As estratégias identificadas para operacionalizar as mudanças descritas por trabalhadores em saúde se referiram ao desenvolvimento de competências

adquiridas ou desenvolvidas com a formação de atributos individuais e organizacionais, como afeto, empatia, alteridade, responsabilidade, atenção e disponibilidade (REIS, 2007; CUNHA, 2004; SCHOLZE, 2009). Os estudos apontaram também elementos de articulação e comunicação na prática em saúde, como discussões sobre o trabalho em saúde sob a ótica de outros saberes e a abertura para participação de usuários na proposição de temas de discussão em grupos com a comunidade (CUNHA, 2004; REIS, 2007). O uso de práticas integrativas também foi referido como uma estratégia para viabilizar mudanças no trabalho (CUNHA, 2004).

O processo de trabalho sofre influências diretas da formação profissional. As deficiências desses processos de formação se configuram na superficialidade com que são abordados alguns temas essenciais, como no trabalho em equipe, que contem dimensões administrativas e psicológicas pouco abordadas (PEREIRA, 2003).

Os desafios elucidados para efetivação de mudanças no trabalho apontam para a falta de apoio institucional, marcas do modelo tradicional, ênfase em protocolos e normas, expectativas frustradas dos profissionais, foco nas tarefas e não nas potencialidades dos sujeitos, deficiência nas capacitações para o trabalho em saúde, infraestrutura precária, planejamentos individualizados e fragmentados, desvalorização da consulta do enfermeiro e das terapias não convencionais (REIS, 2007; RONZANI, 2008; CUNHA, 2004, PEREIRA, 2003). Foram identificadas lacunas e dificuldades nos cursos, referidos pelos profissionais, que prejudicam a apropriação dos conhecimentos importantes para guiar ou influenciar as mudanças na prática de trabalho.

#### 4.4 LACUNAS, DIFICULDADES E POTENCIALIDADES DOS CURSOS

As lacunas e dificuldades dos cursos, referidas pelos entrevistados, se referem ao despreparo do corpo docente, à falta de aproximação com o campo de ESF e à pouca abordagem prática (odontologia, saúde do idoso, saúde mental, sistemas de informação). Além disso, foram identificados: enfoque biomédico,

distanciamento das temáticas abordadas com a prática real, campos para estágio inadequados, falta de debates, inexistência de cerimônia para formalização da conclusão do curso, a carga horária curta, enfoque demasiado na saúde coletiva e falta de questionamento aos egressos sobre suas reais necessidades no trabalho.

As dificuldades muitas vezes encontram-se na própria instituição, que possui limitadores e resistências, pois a reflexão e transformação da prática implica às vezes num processo de desinstitucionalização, colocando os pressupostos atuais em discussão.

Enquanto a EP continuar orientada ou desorientada por atores que compartilham dos mesmos comportamentos que se tenta eliminar, é normal que não se discutam as rotinas que inibem as mudanças, o que reforça, em muitos casos, os padrões de controle (status quo) (BRASIL, 2009).

No GF, foram evidenciadas algumas referências para a importância da Educação Permanente para o trabalho na APS. Os profissionais reportaram que algumas demandas da equipe são manejadas de forma mais efetivas dentro da UBS, além de ser uma responsabilidade dos seus membros contribuir para a educação em serviço.

Saiu na portaria do ano passado, de 2011, saiu que uma atribuição do enfermeiro é fazer educação continuada com ACS (GF).

Ficou evidente que todos concordam que os profissionais da atenção básica e da gestão devem fazer o curso de especialização, inclusive o nível médio, e só o ACS deve realizar a educação permanente com a equipe ou cursos adaptados ao nível de escolaridades deles. Houve também a menção de que a proposta deve ser extensiva a outros profissionais da rede (hospitais) que desejarem.

Na formação para o trabalho e desenvolvimento de competências aparecem componentes individuais para efetivação de mudanças e de gestão para aplicação e apropriação no processo de trabalho após as instrumentalizações. Este fato faz alusão ao primeiro ingrediente de competência, proposto por Schwartz, que se refere ao patrimônio de saberes “identificáveis e anteriormente armazenados”, ou seja, o acervo de conceitos, procedimentos e “(...) regras de funcionamento antes oriundas das estratégias de governo de trabalho integrando relações de poder e objetivos econômicos gerenciais (...)” (SCHWARTZ, 1998).

No GF, as lacunas apontadas nas entrevistas foram confirmadas e ainda foram acrescentados outros comentários em relação à burocratização do sistema e

à falta de parâmetros para identificar e avaliar mudanças nos serviços (indicadores, por exemplo):

Será que as mudanças trouxeram benefício realmente? E conseguiu diminuir algum índice? Então, é isso que ainda falta. Será que as minhas mudanças foram pra melhor? Assim, eu entendo que hoje eu faço um diagnóstico situacional melhor, hoje eu consigo identificar algumas coisas, consigo pontuar vários momentos que eu acho que eu fazia, que eu faço melhor. Só que a gente tem que avaliar melhor, senão fica superficial [...] (GF).

Algumas dessas dificuldades também foram reportadas em outros contextos, evidenciados na literatura, acerca da operacionalização de mudanças na prática profissional, como mostra o fragmento da pesquisa de Franco, Bueno e Merhy:

As dificuldades iniciais na experiência com acolhimento costumavam envolver o temor diante das novas iniciativas, exacerbadas pela ênfase que o acolhimento dava a problemas já existentes, mas não percebidos, criando uma falsa noção da Unidade Básica de Saúde (UBS) como pronto-atendimento (1999, sp).

As marcas do modelo tradicional ainda estão fortemente presentes na prática profissional, mesmo na APS. O processo de desencadear mudanças nas situações de saúde é lento, assim como a transformação do paradigma e da ideologia dos sujeitos, que ainda reproduzem ações fragmentadas, desvinculadas do contexto social e focadas na cura.

Foram citadas lacunas na condução e no conteúdo programático do curso, como a falta de prática, excesso de teoria, abordagens singulares do núcleo de atuação das profissões representadas (consulta de enfermagem e odontologia na APS), inexistência de discussão de temas do próprio processo de trabalho da AB, como os sistemas de informação e a vivência da prática em campo com equipes não adequadas para representar o modelo de APS a ser seguido.

No GF, as afirmativas que apresentaram os resultados das entrevistas foram confirmadas. A falta de debates em sala de aula foi referenciada e a inexistência de atividades práticas foi o ponto mais evocado nas falas, existentes em ambas as turmas, embora a segunda versão tenha tido tal oportunidade.

Não teve debate em sala de aula (GF).

O primeiro curso eu lembro que teve menos prática. Eu acho que teve muita teoria e muita pouca prática (GF).

Pouquíssimo tempo de prática (GF).

[...] talvez a parte prática pudesse ser um pouco maior... a saúde mental e saúde do idoso foi pequena [...] (M3).

[...] extremamente contra indicado aos médicos em especial, uma vez que como eu te disse, é que a prática profissional que é o que mais precisa mudar, não vai ter um impacto significativo [...] A gente teve muita teoria, a

gente teve muita discussão muito pobre, sem resultados efetivos e acabou por levar à perda de interesse[...] (M2).

[...] eu acho que... a questão... da prática deveria ter uma carga horária maior. Vivenciar mais o dia a dia das equipes, pra tá vendo como que é mesmo o processo de trabalho (E3).

[...] eu preferia que fosse mais abordagem sobre medicação, sobre consulta de enfermagem [...], que a gente deveria ter aprendido no curso [...] De como você aborda o indivíduo, do hipertenso à criança. E como você aborda o programa o hiperdia NE. Sistemas de informação é uma outra lacuna, ele foi abordado num único módulo [...] outra coisa que eu acho que tem que ser trabalhado no curso, PMA2, SSA2, que são os formulários a serem preenchidos [...] como você pode trabalhar esse indicador, como você pode trabalhar um alto nível de internação de diabéticos. Como você pode diminuir essas internações [...] Então é aquela coisa bem prática mesmo (E2).

[...] ouvir os profissionais pra traçar, ou seja, o programa do curso pra ver se é isso mesmo que nós estamos precisando [...] (D3).

[...] na parte odontológica principalmente, eu acho que foi pequena, foi muito corrida pras outras categorias aprenderem, as outras, outros profissionais aprenderem [...]saúde do adulto que ficou um pouco a desejar [...] não sei se mais na prática, né? No campo do exercício. Pode ser isso também (D1).

[...] falha no próprio conteúdo programático [...] (E3).

[...] às vezes na parte prática a gente sentia um pouco de dificuldade. Mas justamente por que nas unidades que a gente ia, a gente não tinha um programa começado direitinho, então a gente viu muitos problemas [...] (D2).

No GF, as afirmativas com relação às resistências de alguns atores na APS foram comentadas como lacunas. A questão da resistência da comunidade e do profissional de nível médio foi trazida como relativa, a depender do perfil. E todos concordam que a questão do profissional sem formação para a estratégia é um fator que dificulta o processo de adesão à proposta da APS. Houve um apontamento sobre a resistência do profissional de nível médio ao trabalho na AB. As marcas do modelo tradicional também foram referidas como potencializadores de resistências à APS.

Eu não concordo com isso não, eu acho que os técnicos de enfermagem [...] na formação deles eles tem que trabalhar em equipe né?" (GF).

Se o indivíduo não tiver perfil pra trabalhar na saúde da família, sempre vai ter dor de cabeça, atrito na equipe (GF).

Eu acho que é justamente isso, enquanto o modelo for hierarquizado, fragmentado e em pirâmide, a APS realmente vai continuar sendo a base no sentido de parte de baixo, né, visto como menos importante e de fato, as super especialidades vão continuar sendo as mais importantes. E aí o profissional que tá na APS, ele é desmotivado, ele não tem importância porque o próprio sistema não vê importância e às vezes ele acha que trabalha menos, e às vezes trabalha mesmo, porque a APS ainda é o menos importante. Então, culturalmente, o paciente não quer passar por lá, ele quer passar logo pelas especialidades. Então, enquanto for assim, realmente eu acredito que o profissional vai ser desmotivado e a única motivação que ele vai ter vai ser a escala dele, vai ser a gratificação (GF).

Os profissionais receberam aquele conteúdo, mas não houve nenhuma diretriz que também ou iniciativa da Regional, ou um norte, mas assim de estratégia que incentivasse aquele conteúdo que estavam com aqueles profissionais ali capacitados que as coisas não ficassem sendo exigidas dos profissionais da mesma forma que outras como produtividades, ninguém exige além disso, horário de chegada, horário de saída e produtividade (GF).

Em meio às dificuldades, os entrevistados puderam identificar potencialidades nos cursos capazes de corrigir as falhas que prejudicam o acesso ao saber contextualizado e confrontado as realidades e as necessidades dos sujeitos que recebem a formação voltada para o serviço.

Diante do questionamento sobre as sugestões para sanar as lacunas, apareceram propostas de mudanças tais como abordagem conforme os indicadores locais, construção do plano do curso voltado para as necessidades e realidades dos trabalhadores, corpo docente multidisciplinar, multiprofissional e que trabalhe na APS, ter trabalhos em campo, práticos e em equipe, oferecimento do curso para outras categorias profissionais de nível superior e médio.

#### **Quadro 6 Potencialidades dos cursos identificados nas falas dos entrevistados.**

1- Abordagem conforme os indicadores locais;
2- Construção do plano do curso voltado para as necessidades e realidades dos trabalhadores;
3- Corpo docente multidisciplinar, multiprofissional e que trabalhe na APS;
4- Trabalhos em campo, práticos e em equipe;
5- Oferecimento do curso para outras categorias profissionais de nível superior e médio.

#### **Falas dos participantes:**

[...] a questão de indicadores, como se trabalha isso, a quem se cobra um indicador que esteja muito ruim, um nível de mortalidade alta, um número alto de diabéticos naquela comunidade, como você vai fazer isso? (E5).

[...] tudo melhora quando vc conhece melhor a função do seu colega. Eu acho que podia haver mais trabalho de campo com atividades práticas [...] (D1).

[...] que são aqueles professores que estão lá na ponta, que fazem, eu realmente estão... que praticam que estão atualizados, que são os mais indicados, pra, pra modificar essa situação[...] (E2).

[...] uma melhor organização do curso e também eles irem lá no próprio local onde o enfermeiro trabalha, o que que o enfermeiro desenvolve em centro de saúde, pra eles pegarem a programação, o conteúdo e direcionarem mais especificamente pra isso [...] (E3).

[...] é necessário que no momento da discussão, da concepção do curso, as pessoas que serão objeto desse processo educativo, sejam mais consultadas (M2).

[...] pode até abrir pra psicólogo, talvez, né. Para outros de nível superior. Até porque durante o curso a gente até aprende a se integrar, né, e a gente tendo outras áreas, isso vai abranger mais ainda. Talvez remodelar o curso, eu não sei se o mesmo curso ou um curso diferente pro nível médio (D2).

[...] até conversando com quem já fez o curso pra tá fazendo essa avaliação e implantando novos cursos, novas turmas (E6).

[...] talvez a prática pudesse ser um pouco maior [...] (M3).



## 5. CONCLUSÃO

O contexto dos cursos foi marcado por diversidade tanto na composição dos participantes (inclusão de dentistas na segunda turma) quanto em relação ao momento político que vivia o GDF e a cobertura da ESF. Ambos visavam à qualificação para impactar na atenção à saúde, imprimindo uma prática competente e resolutiva e promovendo mudanças favoráveis nas condições de saúde e bem-estar da população geral.

Os participantes tinham em média 10 anos de formados, de 10 a 21 anos de trabalho na SES/DF e entre 6 a 10 anos na APS. Os enfermeiros eram a maioria profissional nos dois cursos, o que justifica uma maior inserção desses sujeitos na pesquisa.

Lacunas e dificuldades foram referidos pelos entrevistados, principalmente no que se refere à falta de aproximação com o campo da APS e pouca abordagem prática. As opiniões sobre quem deve fazer o curso de especialização variaram desde todas as categorias da saúde às equipes multidisciplinares, até a restrição aos profissionais de nível superior que não fazem parte da APS.

Em meio às dificuldades, os entrevistados também identificaram potencialidades nos cursos, como a possibilidade de abordagem conforme os indicadores locais, construção de plano de curso voltado para as realidades dos trabalhadores, corpo docente ser multidisciplinar, multiprofissional, atuante na APS, trabalhos em campos práticos e em equipe, e a possibilidade de oferta do curso a outras categorias profissionais, de nível superior e médio.

Os profissionais manifestaram afinidade com o modelo e crença no potencial para modificar a situação de saúde. A principal motivação referida para realizar os cursos foi a aquisição de conhecimentos e esta expectativa foi atendida segundo relato da maioria.

Com relação às evidências de mudanças impulsionadas pelos cursos, foram evidenciadas melhorias nos atendimentos, aumento de conhecimentos e sedimentação de conceitos. O fortalecimento conceitual possibilitou domínio de normas e a reflexão por parte do profissional acerca do seu trabalho. Os profissionais puderam perceber mudanças nas formas de atuação e nas relações

entre si e com a comunidade. Embora a formação aconteça num contexto limitante, como é o caso da organização do Sistema de Saúde no DF, o estudo mostrou que foi possível mobilizar ingredientes para desenvolver competências no trabalho.

Recomenda-se, com base nas opiniões dos sujeitos dessa pesquisa, a continuidade da oferta de cursos de especialização para profissionais da APS, orientados pelas necessidades do trabalho, que por sua vez deve ter por finalidade atender as demandas de saúde da população.

A partir desse estudo sugere-se a implementação de instrumentos que ajudem a dimensionar e a monitorar a mudança na prática de trabalho que seja fruto de iniciativas de formação profissional, para auxiliar na adequação das intervenções voltadas à saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho. São Paulo, 2000.

ALMEIDA, L. P. V.G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, p.31-35, Ribeirão Preto-SP: USP, 2008.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. O Conceito de Saúde e do Processo Saúde Doença. Opúsculo: Distritos Sanitários: Concepção e Organização. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_cidadania\\_volume01.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf). Acesso em 27 de agosto de 2009.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Saúde da Família: mudando práticas? Estudo de Caso no Município de Natal (RN). Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1439-1452, 2009.

BACKERS, D.S.; et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 2012. p. 223-230.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009.

BARROS, M. E. B.; SANTOS FILHO, S. (Orgs.). Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 14 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde – Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Avaliação dos Cursos de Especialização em Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência Insp/Fiocruz: desenvolvendo competência para a Atenção Básica Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, J. Trabalho Prescrito. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, RJ, 2009.

CAETANO, A. D.; RIBEIRO, J. A. R. Formação Profissional. Dicionário de trabalho e tecnologia, Porto Alegre: Zouk, 2011.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: Uma Construção à Esfera pelos Sujeitos da Mudança. Trabalho, Educação e Saúde. – v. 9, supl. 1 (2011) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de Competências no Trabalho em Saúde: Educação, Áreas do Conhecimento e Profissões no Caso da Saúde. Tempus. Actas de Saúde Coletiva/ Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília. V. 6, n 2(212). – Brasília: NESP, 211. Quadrimestral. Saúde Pública – Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. 2012.

CLOT, Yves. Entrevista com Yves Clot. Caderno de Psicologia Social do Trabalho, v. 9, n. 2, p. 99-107, 2006.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008, 24 (Supl 1): S7-S27.

CUNHA, D. M.; FISHER, M. C. FRANZOI, N. L. Atividade e Trabalho. Dicionário de Trabalho e Tecnologia. 2. Ed, RS, Ed Zouk, p. 47-50. 2011.

CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2004. 182 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2004.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. Competência Gerenciais de Enfermeiras: Um Novo Velho Desafio? Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 479-82.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. Produção, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DUARTE, T. A possibilidade sobre a investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica) - CIES Centro de Investigação e Estudos em Sociologia. Lisboa, 2009.

DUARTE, E. N.; SILVA, A. K.; SANTOS, E. T. G.; LIMA, I. F. RODRIGUES, M. P. F. COSTA, S. Q. A Aprendizagem Organizacional em Unidades de Informação: do Grupo Focal a Comunidade Prática. *Perspectivas de Ciências da Informação*, v. 13, nº 3, p. 78-95, set./dez. 2008.

FAP/DF. Relatório parcial da pesquisa *Análise Das Mudanças Ocorridas Nas Práticas Dos Profissionais Da Atenção Básica Impulsionadas Pelos Cursos De Especialização Em Saúde Da Família E Comunidade Da Ses/Df*-. Brasília, 2011.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. C. R. (In)Compatibilidade Trabalho prescrito e trabalho real e vivência de prazer e sofrimento dos trabalhadores: Um diálogo entre Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do trabalho. *Revista Alethéia*, RS, 2003.

\_\_\_\_\_. Bem-estar: Equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real. *Cultura e Saúde nas organizações*, Porto Alegre, 2004.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, M. Y. Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 setembro-outubro; 9(5):13-8.

FRAGELLI T. B. O. *Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Tese de doutorado. UnB. Fev, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde. *Tempus- Actas de Saúde coletiva/ Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília*. V. 6, n 2(212). – Brasília: NESP, 211. Quadrimestral. *Saúde Pública – Periódicos*. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. 2012.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 490-498.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em: [Scielo](#).

GOMES, et al. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de Auxiliares de Enfermagem em UTIN. Trabalho, Educação e Saúde. – v. 9, supl. 1 (2011) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

GÖTTEMS, L. B. D. Análise da Política de Atenção Básica à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal: Articulação entre contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). Tese de doutorado. UnB, Brasília, 2010.

GUERRA, I. C. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso. 1ª Edição, Princípia, 2006.

HEIMANN, L. S. MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do programa saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In Saúde e democracia, p. 481-504, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

JOAZEIRO, E. M. G. SCHERER, M. D. A. Trabalho Coletivo e Transmissão de saberes na Saúde: Desafios da Assistência e da Formação. Tempus Actas de Saúde Coletiva. Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde. 6, n. 2 (212). Brasília: NESP, 2012.

MASSAROLI, A. SAUPE, R. Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. 2009. Disponível em:

<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acesso em maio de 2013.

MERHY, E. E; FRANCO, T; B. Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, RJ, 2009.

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MUCCHIELLI, S. L' analyse de contenu des documents et des communications. Paris: Les Libraries Techiques,1974.

OLIVEIRA, A. R. S. M. Análise de qualidade da atenção à criança na estratégia saúde da família: o óbito infantil evitável como referência. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2008.

OLIVEIRA, P. A. B. Trabalho Prescrito e Trabalho Real. Dicionário de Trabalho e Tecnologia. 2. Ed, RS, Ed Zouk, p. 47-50. 2011.

PEREIRA, M. J. B. MISHIMA, S. M. Revisitando a Prática Assistencial: a subjetividade como matéria para a organização o processo de trabalho em enfermagem. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v.7, n.12, p.73-90, 2003.

PIZO, C. A; Menegen, N. L. Análise Ergonômica do Trabalho e o reconhecimento científico do gerado. V. 20, n. 4, out/dez, p. 657-668, 2010.

REIS, M. A. S. FORTUNA, C. M. OLIVEIRA, C. T. DURANTE, M. C. A Organização do Processo de Trabalho em uma Unidade de Saúde da Família: desafios para mudanças das práticas. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v.11, n.23, p.655-66, set/dez 2007.



RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G.; A Teorização sobre processo de Trabalho em saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ROCHA, D.; DAHER, M. D. C; SANT'ANNA, V. L. A. A entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva. Polifonia, Cuiabá, EDUFMT, nº8, p.161-180, 2004.

ROPÉ, F. TANGUY, L. Saberes e Competências. Uso de tais noções na escola e na empresa. Papirus, 4ª edição, 2003.

RONZANI, T. M., SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.13(1), p. 23-34, 2008.

SANTANA, J. P; PIOLA, S. F. VIANNA, S. M. RODRIGUES, V. A. RAMOS, Z. V. O. Aspectos Institucionais do Emprego e da Atividade do Médico na Atenção à Saúde da Família do Distrito Federal, NESP, UnB, Brasília, 2010.

SANT'ANNA, S. R. HENNINGTON, E. A. Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, Ergologia e Educação Popular: Proposição de um Dispositivo de Formação de Trabalhadores da Saúde. Trabalho, Educação e Saúde. – v. 9, supl. 1 (2011).

SANTOS, N. T. V. Programa Saúde da Família: uma contribuição à análise de seus princípios e prática. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães: Programa de Mestrado em Saúde Pública. Fiocruz, Recife, 2005.

SCHERER, M. D. A; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na perspectiva dos profissionais de saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, Ano III, nº 2, Atenção Básica, Brasília: NESP, 2009.

SCHERER, M. D. A; PIRES; SCHWARTZ, Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Revista de Saúde Pública, 2009, 43(4):721-25.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n11/11.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

SCHOLZE, A. S. JÚNIOR, C. F. D. SILVA, Y. F Trabalho em Saúde e a Implicação do Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHWARTZ, Y. (Org.). *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. 2ª edição: PUF, Paris, 1998.

SCHWARTZ Y. Trabalho e uso de si. *Pró-Posições*, Campinas, v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul. 2000.

SCHUWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 09, supl. 1, p. 19-45, Rio de Janeiro, 2011.

SCOCHI, Maria José et al. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp. s183-s192.

SES/FEPECS/ESCS. *Projeto Pedagógico-1º Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade*-. Brasília, 2005.

SES/FEPECS/ESCS. *Projeto Pedagógico-2º Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade*. Brasília, 2008.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M.. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. UFSC, Florianópolis, 2001.

SILVA, I. Z. Q. J. TRAD, L. A. D. O Trabalho em Equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA J.A.M.; OGATA M.N; MACHADO M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007 Mai-Ago; 9(2): 389-40.

SOUSA, M. F. de. Saúde da Família e os Conceitos Necessários. In: \_\_\_\_ Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p. 1413-8123, 2009.

SOUZA-E-SILVA, M. Cecília P. Os sentidos de competência no trabalho: discurso da mídia e discurso acadêmico. Filol. Lingüíst. port., n. 9, p. 387-405, 2007.

STARFIELD, B. Is Primary Care Essential? Lancet. 344:1129–33, 1994.

TEIXEIRA, P. BARROS, M. B Clínica da Atividade e cartografia: construindo metodologia de análise do trabalho. Psicologia e Sociedade. 21 (1): 81.90, 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: “Análise das mudanças ocorridas nas práticas dos profissionais da Atenção Básica impulsionadas pelos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da SES/DF”.

O nosso objetivo é analisar as mudanças ocorridas nas práticas dos profissionais de saúde que participaram dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, promovidos pela ESCS/FEPECS/SES/DF.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será por meio de uma entrevista, que será gravada, no local de sua preferência, com o tempo estimado de 40 minutos. Será respeitado o tempo de cada um para responder as questões propostas. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Dra Magda Duarte dos Anjos Scherer (31071952), na instituição Universidade de Brasília, no horário comercial.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO

Pesquisa SES/UnB

ANÁLISE DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA IMPULSIONADAS PELOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SES/DF.

### Questionário

Convidamos você para participar da pesquisa cujo objetivo é analisar as mudanças ocorridas nas práticas dos profissionais de saúde que possam ser atribuídas aos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, promovidos pela ESCS/FEPECS/SES/DF. Esse questionário faz parte da primeira fase da pesquisa coordenada pela Professora Magda D. A. Scherer do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, NESP/UnB.

Nome:

Você concorda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado por e-mail?

- Sim  
 Não

Questão 1 \* Indique qual curso de especialização em saúde da família e comunidade você cursou.

- Curso 1 (concluído em 2006)  
 Curso 2 (concluído em 2010)

Questão 2 \* Indique a qual categoria profissional você pertence.

- Enfermeiro (a)  
 Médico (a)  
 Dentista

Questão 3 \* Indique quais cursos (relacionados à sua prática profissional) você realizou.

- Aperfeiçoamento  
 Especialização  
 Mestrado  
 Doutorado  
 Não se aplica

Questão 4 Especifique quais cursos (relacionados à sua prática profissional) você realizou.



Questão 5 \* Há quantos anos você está formado (a)?

- Até 10 anos
- De 11 a 20 anos
- Acima de 21 anos

Questão 6 \* Há quantos anos você trabalha na SES?

- Até 10 anos
- De 11 a 20 anos
- Acima de 21 anos

Questão 7 \* Há quantos anos você trabalha na atenção primária à saúde?

- Até 3 anos
- De 4 a 9 anos
- Mais de 10 anos
- Não se aplica

Questão 8 \* Qual era o seu local de trabalho (área de atuação) quando você começou o curso?

- Unidade de saúde da família
- Unidade básica de saúde
- Hospital
- Outros

Questão 9 \* Qual o seu local de trabalho (área de atuação) atual?

- Unidade de saúde da família
- Unidade básica de saúde
- Hospital
- Outros

## APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Pesquisa SES/UnB

ANÁLISE DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA IMPULSIONADAS PELOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SES/DF.

### Questões:

#### A. **Motivação para ingressar no Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade.**

- O que o motivou a fazer o curso?

#### B. **Expectativa em relação ao curso.**

- O que esperava do curso?
- Como o curso respondeu a sua expectativa?

#### C. **Razões que levou o profissional a permanecer ou deixar de atuar na atenção primária à saúde (APS) após o curso.**

- Caso continue na APS, o que o motiva a continuar?
- Caso tenha mudado de local/área de atuação, qual foi o motivo da mudança?

#### D. **Concepção sobre a APS**

De que modo o curso contribuiu para ampliar sua compreensão acerca do papel da APS? (atributos da APS)

#### E. **Sobre as práticas desenvolvidas pelos profissionais:**

- Fale sobre sua atividade profissional atual.
- Você acha que houve mudanças na sua prática profissional a partir do curso?
- Que tipo de mudanças?
- Dê exemplos.
- Essas mudanças foram impulsionadas pelo curso?
- Quais estratégias foram utilizadas para efetivar essas mudanças?

#### F. **Percepção do profissional sobre as possíveis mudanças (facilidades e dificuldades) do ponto de vista pessoal, profissional e institucional.**

- O curso possibilitou que você implementasse mudanças institucionais?
  - i. na reorganização do processo de trabalho (explique);
  - ii. no trabalho em equipe (explique);
  - iii. no modo de fazer gestão (explique);
  - iv. nos processos educativos (explique);
  - v. na saúde do indivíduo (explique);
  - vi. na relação com a família (explique);
  - vii. na relação com a comunidade (explique);
  - viii. outras mudanças (explique).
- Se o curso não contribuiu para impulsionar mudanças, a que você atribui?

#### G. **Curso de especialização em saúde da família como um projeto de formação continuada para os profissionais da Atenção Primária a Saúde.**

- Você acha que a SES deve continuar a oferecer este curso de especialização em saúde da família? Por quê?
- Para quais categorias profissionais o curso deve ser oferecido?
- Você identifica lacunas ou deficiências no curso? Quais?
- Que mudanças você sugere para suprir essas lacunas/deficiências nos futuros cursos de especialização em saúde da família?



## APÊNDICE E - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

### Projeto de Pesquisa

#### **Análise das mudanças ocorridas nas práticas dos profissionais de Atenção Básica impulsionadas pelos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da SES/DF.**

1. Sobre a motivação dos profissionais para realizarem o Curso, nas entrevistas individuais:
  - a. aparece fortemente a ideia de aprendizado;
  - b. de atualização de conhecimento e ampliação do olhar para APS;
  - c. também o fato de ser um curso voltado para a prática, possibilitando mudanças;
  - d. além de motivos como ser realizado no horário de trabalho, ser incentivado pelos colegas, curiosidade e para melhorar o currículo.

VOCÊS CONCORDAM COM ESSAS MOTIVAÇÕES E/ OU TERIAM ALGO MAIS A ACRESCENTAR ?

- 
2. Sobre as expectativas dos profissionais a respeito do Curso, apareceu:
    - a. Que o curso respondeu parcialmente (a maioria);
    - b. não respondeu por que foi um curso superficial;
    - c. que respondeu por que aumentou o conhecimento e ampliou a visão sobre a APS e aumentou também a possibilidade de mudança - de sair do modelo tradicional para o modelo focado na APS.
    - d. Aparece também a possibilidade de se titular e aumentar o ganho financeiro.

COMO VOCÊS PENSAM SOBRE ISSO: O CURSO RESPONDEU AS EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS?

- 
3. Sobre os atributos da APS: Os atributos mais referidos foram:
    - a. fazer prevenção e promoção da saúde;
    - b. construção de vínculo;
    - c. conceitos de universalidade, integralidade e equidade, que devem ser respeitados e exercitados;
    - d. fazer educação em saúde,;
    - e. trabalhar com a comunidade;
    - f. territorialização;
    - g. também foram apontadas pontualmente: a responsabilização, o atendimento ambulatorial, as ações intersetoriais, a participação da população, a visita domiciliar, o trabalho em equipe, a intervenção precoce, o monitoramento de população vulnerável, a gestão do cuidado, o uso de indicadores epidemiológicos e a reabilitação e urgências.

CONCORDAM COM OS ATRIBUTOS APONTADOS? GOSTARIAM DE SALIENTAR ALGUM ASPECTO QUE CONSIDERAM MAIS IMPORTANTE?

---

1. Motivação para atuar na APS

- Nas entrevistas ficou evidente que os profissionais acreditam na APS, especialmente na sua capacidade de melhorar os indicadores (mortalidade e morbidade);
- Também apontaram motivos pessoais como: não dar plantão, as gratificações e a oportunidade;

COMO VOCÊS VEEM A MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA TRABALHAREM NA APS?

---

2. Mudanças promovidas pelo curso:

Os profissionais apontaram para mudanças de atitude no processo de trabalho – individual e nos grupos, como:

- postura menos centralizadora, maior integração da equipe, com decisões compartilhadas, mudança do trabalho com os grupos, com abordagem mais participativa, com escuta qualificada e reconhecimento do outro como cidadão, melhorando a relação entre profissionais e usuários. Menor enfoque na doença, maior tempo de consulta e qualidade no atendimento.

VOCÊS ACHAM QUE HOVE MUDANÇAS NAS ATITUDES DOS PROFISSIONAIS? QUAIS E POR QUE HOVE?

Também apontaram mudanças de competência técnica:

- aumento de conhecimento sobre prevalência de doenças, diagnóstico de área, diagnósticos sociais, vigilância em saúde, processo de educação continuada, planejamento, saúde da mulher.

ACHAM QUE O CURSO CONTRIBUIU NO SENTIDO DE AUMENTAR A COMPETÊNCIA TÉCNICA?

E também mudanças organizacionais:

- Implantação de oficinas com ACS, reorganização dos fluxos dos pacientes, maior inserção das famílias e busca de rede de apoio.

VOCÊS CONCORDAM COM A SEGUINTE AFIRMAÇÃO :

O curso favoreceu a adesão dos profissionais à mudança de modelo e a uma visão menos burocrática da assistência.

---

3. Quem na opinião de vocês deveria fazer esse curso?

Todos os profissionais recomendam a especialização para toda a equipe da ESF e para as áreas que trabalham com a gestão da APS, ressaltando a importância de incluir o nível médio e os ACS (com alguma adaptação)

---

4. Sobre as lacunas identificadas: Os profissionais consideraram:
- a maior lacuna é o despreparo dos professores que não atuam na atenção primária e não conhecem a ESF e alguns mantiveram o enfoque biomédico com a teoria distante da prática;
  - alguns tutores sem experiência na ESF;
  - despreparo das equipes nos cenários da prática;
  - isoladamente, surgiram lacunas como pouco enfoque no aspecto odontológico, na saúde do idoso e na saúde mental; pouca carga horária prática;
  - falta de debates;
  - por fim, a ausência de uma cerimônia de encerramento.

#### O QUE O GRUPO TEM A DIZER SOBRE AS LACUNAS?

---

5. Por fim, gostaríamos que vocês refletissem e falassem sobre a relação entre o contexto e as práticas da ESF.

Neste aspecto, apenas dois profissionais responderam, apontando:

- resistência da comunidade de profissionais em aceitar a ESF;
- resistência dos profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem) para atuar em equipe;
- profissionais sem formação para a ESF.

#### O QUE ACHAM DESSAS AFIRMAÇÕES ?

Finalização:

Para finalizar gostaria de saber se alguém quer fazer alguma consideração a respeito do que foi apresentado e discutido aqui?

Alguém gostaria de complementar com algum outro aspecto que não foi mencionado?

Assim, agradeço em nome da equipe, a participação de todos e esperamos revê-los brevemente.

Obrigada.

**ANEXO**  
**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0208/2011

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 180/2011 – ANÁLISE DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA IMPULSIONADAS PELOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA SES/DF.**

**Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.**

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 08/06/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 08 de junho de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

---

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907  
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE