



## A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Líria Maria Bettiol Lanza<sup>1</sup>

### RESUMO

O objetivo do trabalho é refletir sobre a formação profissional dos trabalhadores em saúde na Atenção Básica. Por intermédio de pesquisa bibliográfica apontou-se algumas ações de formação e verificou-se um esforço em atender as necessidades específicas dos trabalhadores nesse nível de atenção à saúde, com destaque para aquelas oriundas da Saúde da Família, como os Pólos de Capacitação; as Residências Multiprofissionais e ações de Educação Permanente em Saúde. Conclui-se que as particularidades da Atenção Básica forçaram um repensar da formação dos trabalhadores e precisam ser contextualizados enquanto componentes da educação e sua relação com a sociedade.

**Palavras chaves:** formação profissional, trabalhadores em saúde, Atenção Básica.

### ABSTRACT

The objective is to discuss the training of health workers in primary care. Through literature review pointed to some actions of training and there was an effort to meet the specific needs of employees at this level of health care, especially those from the Family Health and the Centers for Empowerment; Residences Multidisciplinary and actions of Continuing Education in Health concluded that the particularities of Primary forced a rethink the training of workers and need to be contextualized as components of education and its relationship to society.

**Keywords:** vocational training, health workers, primary care.

## I - INTRODUÇÃO

A atenção primária ganhou relevância mundial a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), que significou a “reafirmação da saúde como direito fundamental; que os governos

<sup>1</sup> Doutor. Universidade Estadual de Londrina (UEL). [liriabettiol@uel.br](mailto:liriabettiol@uel.br)



têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos; e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde” (BUSS, 2000, p. 170).

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por profundas transformações na organização dos serviços de saúde, as quais foram transformando alguns ideários da Reforma Sanitária em ações concretas.

Ao regionalizar os serviços e inscrever os municípios como *locus* privilegiado de atuação na direção do cuidado à saúde, ocorreu uma expansão do número de serviços de atenção básica e, conseqüentemente, aumentou a demanda por profissionais na esfera pública, o que, associado a uma posição do MEC (Ministério da Educação) de flexibilização para abertura de novos cursos de graduação na década de 1990, impulsionou a oferta de novos cursos de graduação na área da saúde.

Partindo desses pressupostos iniciais, o presente trabalho se estrutura em dois eixos de discussão que contemplam a inauguração da problemática em torno dos trabalhadores em saúde na política de saúde brasileira e, portanto, indicou a permanente presença desse debate na agenda pública de saúde no país e por fim, a especificidade das demandas de formação profissional por esses sujeitos no âmbito da atenção primária em saúde e algumas das principais ações produzidas nesse contexto.

## **II – SITUANDO O DEBATE: AS DEMANDAS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

Foi no bojo das discussões pró-SUS, que a temática dos recursos humanos entrou na pauta da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desembocou na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (1986), que trouxe importantes contribuições para o debate acerca da temática. Com o tema “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, a Conferência recomendou a adoção de uma política que regulasse salários, jornada e regime de trabalho e, ainda, indicou a necessidade de novas bases para a preparação de pessoal de saúde, com destaque para o trabalho multiprofissional, procurando romper com o modelo médico hegemônico (CAMPOS, PIERANTONI, MACHADO, 2006).



Os debates passam a ser mais sistematizados e, com a implantação do SUS na década de 1990, o discurso de adequação dos recursos humanos para este Sistema encontraram na realidade dos serviços novas reflexões e desafios. Por um lado, os gestores de saúde manifestaram sua insatisfação com os profissionais do serviço, e por outro os últimos também estavam descontentes, sobretudo com a desvalorização profissional, traduzida nas condições de trabalho (jornada de trabalho extensa, baixos salários, dentre outros). Dessa forma, a “prova de fogo” das proposições para os recursos humanos para a saúde no Brasil passava pela capacidade operacional e política de intermediar a correlação de forças existentes entre os diferentes atores envolvidos no processo. Ainda, deve-se apontar a emergência de uma nova consciência cidadã que passou a fazer parte da realidade do sistema de saúde. O período de democratização no País reforçou a participação popular, por intermédio do controle social nas diferentes políticas públicas. Sendo assim, os profissionais de saúde se deparam com um usuário dos serviços, cidadão de direito, em vez de um simples paciente, que deve não só ser atendido em suas necessidades, mas fazer parte do desenvolvimento da política de saúde no País.

Até a metade da década de 1990, poucos foram os avanços efetivos no desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. “Ao contrário, os problemas e dificuldades se multiplicaram sem que surgissem no cenário nacional possibilidades de superação” (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002, p. 109). Ainda, que iniciativas como o Projeto Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde (Gerus)<sup>2</sup>, proposto em parceria pelo MS e a Opas, os Programas UNI<sup>3</sup> e a atuação da Rede Unida<sup>4</sup>, dentre outros, se tornaram iniciativas importantes que contribuiu para que as ações e os atores

<sup>2</sup> O Projeto Gerus se caracterizou como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, centrado na formação/qualificação técnica e administrativa de gerentes de UBS, com o objetivo de efetivar o desenvolvimento institucional e, consequentemente, aumentar a capacidade gerencial, na perspectiva da mudança das práticas sanitárias e do modelo de atenção à saúde (BERTUSSI, 2008).

<sup>3</sup> Os projetos UNI têm dois grandes tipos de objetivos. O primeiro é o desenvolvimento de modelos de ensino-aprendizagem, prestação de serviços de saúde aos indivíduos, melhorias ambientais e práticas de autocuidado em nível pessoal, familiar ou comunitário.

O segundo tipo de objetivo é o desenvolvimento de líderes, tanto para a gestão de projetos tripartites quanto para as inúmeras modificações, reajustes e inovações a serem feitas gradualmente nos componentes de cada projeto (CHAVES; KISIL, 1999, p. 10).

<sup>4</sup> Espaço de troca e divulgação de experiências de articulação entre universidades, instituições de ensino e pesquisa, serviços, comunidade, constituída por projetos, instituições e pessoas interessadas em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002, p. 175).



sociais envolvidos na discussão se posicionassem em um debate cada vez mais intenso e que, finalmente, contemplasse a ideia de um movimento diversificado em sua composição (universidades, gestores dos serviços de saúde, comunidade), mas uno em seus propósitos. No entanto, esse esforço não garantiu a implementação de um projeto global de desenvolvimento de recursos humanos.

Diante disso, por maior que tenha sido o esforço do MS e de sujeitos diversificados na perspectiva de mudança nos cursos de graduação da área da saúde, ainda persiste o modelo flexneriano e sua defesa da assistência à saúde altamente individualizada e fragmentada. Portanto, alicerçada na base da competência pessoal e competitiva, em que os sujeitos profissionais individualizados são os responsáveis pelo seu sucesso mediante a adequação às pressões do mercado de qualificação profissional.

Nesse sentido, com a adoção da atenção básica como prioridade para a saúde brasileira pelo MS, assiste-se à possibilidade de potencializar as iniciativas e experimentos de alteração no campo da formação, sobretudo pelo caráter pedagógico que o SUS apresenta, ao eleger o princípio da integralidade como norteador das ações de saúde, o que coloca em posição igualitária os diferentes níveis de atenção.

A atenção básica tem sido palco de verdadeiros enfrentamentos em relação às problemáticas do SUS. Deve-se destacar como *locus* privilegiado a Saúde da Família, com a prerrogativa do trabalho multiprofissional e territorializado. Atualmente, conforme informações obtidas no sítio do MS, o Brasil possui 30.440 equipes de Saúde da Família, espalhadas em 5.250 municípios<sup>5</sup> (BRASIL, 2010).

A implantação da estratégia Saúde da Família tem produzido inúmeras críticas, como a de Franco e Merhy (2002), assim como demonstrações de otimismo, como a de Paim (2008), enriquecendo os estudos e pesquisas sobre a atenção básica.

Divergências à parte, é no universo da atenção básica que propostas afetas à formação de trabalhadores para o SUS têm sido desencadeadas e pensadas enquanto processo em construção. Na sequência será abordada especificamente a saúde da família, com enfoque nos Polos de Capacitação, formação e especialização na área.

<sup>5</sup> Informação disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#consolidado>>, acessado em 19 fev. 2010.



### **III - A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS.**

A década de 1990 foi palco da tentativa de reorganização da atenção básica no País por intermédio da adoção da estratégia de saúde da família. Neste sentido, priorizaram-se ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde sob dois princípios fundamentais: o atendimento familiar, ou seja, abrangendo todos os indivíduos, independentemente da faixa etária; e a intersectorialidade como medida para articular as ações de saúde com as demais políticas sociais existentes (BETTIOL, 2006, p. 65).

Do ponto de vista conjuntural, esse período é marcado pela reestruturação produtiva do capital em nível mundial e que, no caso do Brasil, instalou ideias reformistas do papel do Estado diante das políticas sociais. Nessa conjuntura político-econômica é que é implantado o Programa Saúde da Família (PSF). Para muitos, o PSF surgiu como uma estratégia de reordenação das ações do SUS em âmbito municipal, mas muitas interpretações também o identificaram como um “projeto de saúde pobre para os pobres”, sobretudo pela priorização da presença das equipes em regiões pobres e vulneráveis socialmente.

O PSF teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, de 1991), que pretendeu aproximar os serviços de saúde da população e introduzir um ator social no campo da atenção básica – os agentes comunitários de saúde.

Para dar conta dos objetivos<sup>6</sup> definidos para a estratégia, foi contemplado o trabalho multiprofissional, com a ideia de um trabalho em equipes mínimas (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, posteriormente, dentista) que deveriam compor a rede de apoio e vigilância à saúde em um determinado território (aproximadamente 4.500 pessoas). Dessa forma, o PSF constituiu-se em um

---

<sup>6</sup> “O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientando para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (BRASIL, 1997).



instrumento de reorganização do SUS, tendo como sustentação a efetivação da municipalização dos serviços.

Ao instituir o trabalho em equipe, territorializado e integrado à rede de serviços de saúde, o PSF pretendeu aproximar os profissionais de saúde e a população, favorecendo um ambiente de co-responsabilidade tanto pela própria condição individual de saúde como pela organização da política local na área.

Ao passo que a estratégia de saúde da família foi se consolidando no País, iam sendo produzidas no campo acadêmico muitas reflexões sobre ela. Como parte de um debate fértil e diverso – a questão dos cuidados primários em saúde –, a estratégia foi sendo debatida por intermédio de vários recortes: a humanização em saúde, o atendimento domiciliar, a participação popular, a equipe mínima e tantos outros.

Dessa forma, compreende-se que a estratégia de saúde da família esteve inserida nas discussões ampliadas das políticas sociais que pretendem adotar uma lógica racionalizadora de aplicação de recursos. Considerando, ainda, o fato de que a Saúde da Família é um projeto estruturante do SUS e que pretende contribuir para a ampliação e a consolidação da atenção primária à saúde, trata-se de um esforço múltiplo que envolve a sociedade brasileira, com a ocupação dos espaços garantidos por lei para participação direta da gestão da política de saúde, além de forjar outros mecanismos de controle, essencialmente democráticos, para que a atenção à saúde da família se concretize. Por outro lado, faz-se necessária a articulação dos órgãos gestores e dos profissionais envolvidos diretamente no desenvolvimento da estratégia em um projeto coletivo para acumular forças para consolidar e aperfeiçoar a Saúde da Família.

Anteriormente, em pesquisa sobre a participação popular e o PSF em um dos inúmeros municípios de pequeno porte que implantaram a estratégia na década de 1990, verificou-se que um dos problemas centrais do caso estudado estava focado no profissional de saúde (BETTIOL, 2006). A formação profissional ainda centrada na doença, o despreparo para o trabalho multiprofissional e as constantes disputas de poder apontaram para a necessidade de compreender o processo de formação e educação permanente desses profissionais dentro da estratégia de saúde da família.

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família são parte de um conjunto de medidas de sustentação para o referido Programa, tendo em vista que, nas avaliações





sobre o desenvolvimento do SUS, sempre esteve presente a questão dos recursos humanos.

Os *Pólos* foram criados para atender às necessidades de formação e desenvolvimento de recursos humanos para apoiar a estratégia de Saúde da Família, valorizando a articulação ensino-serviço/.../Trata-se, portanto, de uma rede de instituições comprometidas com a integração ensino-serviço, voltada para atender à demanda de pessoal preparado para o desenvolvimento da estratégia da Saúde da Família no âmbito do SUS (GIL; CERVEIRA; TORRES, 2002, pp. 114-5).

Nesse sentido, os *Pólos* foram pensados para atender a três necessidades: a capacitação, a formação e a educação permanente e cumpriram com sua tarefa de visualizar a complexidade das relações de formação para os trabalhadores de saúde, cruzando informações que expuseram a fragilidade do ensino na graduação, as disparidades regionais e locais dos *pólos* e das unidades de saúde da família, bem como as dificuldades financeiras e, sobretudo o formato dado à iniciativa; ou seja, a falência do modelo de cursos e palestras, bem como denunciou o enfoque biomédico e curativo. Dessa forma, emerge a necessidade de reforçar outras formas de realizar e impactar o cotidiano dos trabalhadores de saúde na atenção básica e suas necessidades de formação, lhe conferindo estatuto de sujeito do processo e não mais passivo espectador.

Como desdobramentos são enfocadas ações importantes como as Residências Multiprofissionais de Saúde da Família e os *Pólos* de Educação Permanente

A valorização da educação permanente – EPS advém do esgotamento do modelo anterior descrito acima. Dessa maneira, tem em sua base a reorientação da formação e capacitação de recursos humanos, tendo como fundamento os princípios do SUS a partir da realidade dos serviços de saúde, valorizando seu caráter continuado e multiprofissional.

As residências multiprofissionais têm inspiração nas residências médicas, que desde 1950 configuraram-se como uma forma de educação continuada no contexto da pós-graduação. Foi a partir da década de 1980, com a instituição do SUS – e, portanto, com a incorporação de outras demandas no campo da formação dos trabalhadores de saúde, para além das médicas – que se projetou e pleiteou a residência para outras profissões (MOURÃO *et. al.*, 2006).

Com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004), com foco nos processos educativos desenvolvidos no cotidiano dos serviços, a proposta de residência



multiprofissional ganhou fôlego. O Ministério da Saúde, amparado por vários atores, com destaques para as categorias presentes nos serviços de saúde, tomou para si a responsabilidade de conduzir este processo. Inúmeras experiências foram ativadas pelo Brasil e focaram a questão da educação permanente como motriz do trabalho a ser desenvolvido pelos residentes.

Espaços já citados, como as residências profissionais e multiprofissionais, cursos de especialização *lato sensu*, cursos de aprimoramento em saúde com vários enfoques, são alternativas no sentido da formação continuada e permanente. Objetivam complementar e aprofundar o estudo e a reflexão sobre determinada área de interesse ou atuação, a fim de dominar sua especificidade e, conseqüentemente, seus reflexos nas ações e prioridades estabelecidas mediante o exercício da profissão.

Devem-se relembrar importantes críticas feitas por Gadotti ao processo de educação permanente, quando polemiza que o essencial não é aumentar a “quantidade” da educação, mas sim garantir sua qualidade (1991, p. 97). Outra provocação advém da realidade de que nem todos os indivíduos têm acesso a esse tipo de educação, considerando suas diferenças sociais e econômicas. De tal maneira, que a formação intermediária é dependente do sujeito profissional e de sua capacidade, entre outras, financeira, de ativá-la.

#### IV - CONCLUSÃO

A preocupação com os recursos humanos têm sido uma constante nos debates da Política Nacional de Saúde, anterior ao próprio SUS, conformando-se em uma agenda antiga no sistema de saúde brasileiro.

O SUS tem como um de seus princípios fundamentais, a integralidade das ações, a fim de resguardar o cuidado em saúde na perspectiva da totalidade. Sendo assim, ao privilegiar a atenção primária em saúde e seus trabalhadores, mais que uma preferência, tratou-se de elegê-la como palco das observações pretendidas.

Enquanto um nível de atenção à saúde a atenção primária têm desafiado seus trabalhadores mediante as particularidades de seu campo de atuação, que envolvem desde a perspectiva de trabalho multiprofissional até as ações de promoção e prevenção – contrárias ao modelo ainda hegemônico de medicalização da saúde.



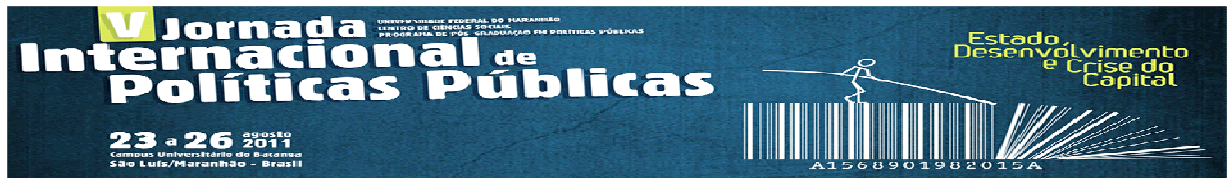


Enquanto portadora de novas exigências e habilidades, o trabalho em saúde na atenção primária foi alvo de ações que procuraram atender a reivindicações de formação e qualificação profissional de seus trabalhadores, mediante a formatação de propostas como os Pólos de capacitação em Saúde da Família, as Residências Profissionais e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e a Educação Permanente.

Esse mosaico de experimentos, projetos e iniciativas representam, enfim, um esforço grandioso, complexo e diverso, que está sendo enfrentado com responsabilidade por parte dos sujeitos envolvidos. Todavia, é preciso tomá-los não isoladamente como resultados particulares de reivindicações específicas da saúde, mas, sobretudo, como uma nova forma de pensar a educação e sua relação com a sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTUSSI, Débora Cristina. *Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades*. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/tese\\_t03.htm](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/tese_t03.htm)>, acessado em 20 maio 2008.
- BETTIOL, Líria Maria. *Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família*. São Paulo, Editora UNESP, 2006.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva v. 5, n. 1, pp. 163-177, 2000.
- BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- CAMPOS, Francisco Eduardo de; PIERANTONI, Célia Regina; MACHADO, Maria Helena. "Introdução". In: BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, MS, 2006, pp. 9-12.
- CHAVES, Mário; KISIL, Marcos. "Origens, concepção e desenvolvimento". In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel C. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo/Buenos Aires/Londrina, Hucitec/Lugar Editorial/UEL, 1999.
- FEUERWERKER, Laura; ALMEIDA, Márcio José de. "Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida". In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, Instituto de Economia da Unicamp, 2002.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate*, n. 26, pp. 118-22, 2002.
- GADOTTI, Moacir. *Educação e poder*. Introdução à pedagogia do conflito. 10. ed. São Paulo, Cortez Editora, 1991.
- GIL, Célia Regina Rodrigues; CERVEIRA, Maria Angélica Curia; TORRES, Zelma Francisca. "Pólos de capacitação em saúde da família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica". In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA,



Ana Luiza D'Avila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. pp. 103-125.

MOURÃO, Ana M. A. *et. al.* "A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora". *In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo/Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006, pp. 352-380.

PAIM, Jairnilson Silva. "Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas". *In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/EPSJV, 2008, pp. 91-122.