



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS – CIPE
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – SEAD/UEPB
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL
PNAP/UEPB/UAB**

**A GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: algumas reflexões preliminares**

TAMARA DE OLIVEIRA MELO

Campina Grande
Julho/2012

TAMARA DE OLIVEIRA MELO

**A GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: algumas reflexões preliminares**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em Gestão Pública Municipal, pela Secretária de Educação a Distância da Universidade Estadual da Paraíba–UEPB/Campus I/Campina Grande-PB.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

Campina Grande
Julho/2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

M517g

Melo, Tamara de Oliveira.

A gestão dos profissionais das equipes da estratégia saúde da família: algumas reflexões preliminares [manuscrito] / Tamara de Oliveira Melo. – Campina Grande, 2012.

40 f.

Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof^a Ma. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza, Serviço Social/UEPB”.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Recursos humanos. 3. Gestão profissional. I. Título.

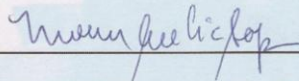
21. ed. CDD 362.12

TAMARA DE OLIVEIRA MELO

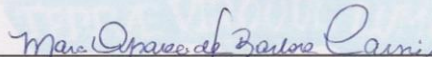
A GESTÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: algumas reflexões preliminares

Aprovado em 31 / 07 / 2012

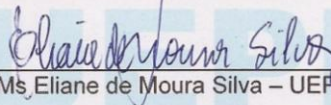
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Moema Amélia Serpa Lopes de Souza
Orientadora



Profª Drª Maria Aparecida Barbosa Carneiro - UEPB/ Examinadora



Profª Ms. Eliane de Moura Silva – UEPB/ Examinadora

Dedico esse momento e os demais a Deus, por me aquecer e me iluminar todas as vezes que cai e que quase sem forças desisti, pois com a certeza na força divina levantei a cabeça criei forças e segui.

Ao meu pai José Martins de Melo (in memoriam) pelo grande ser que foi e por todos os ensinamentos que deixou.

A minha tia Juracy Pereira de Farias, que mesmo 'sem domínio da sua vida', me faz sorrir sempre.

A minha mãe e aos meus dois irmãos Allan e Diego por estarem sempre presentes.

Ao meu namorado Emerson por ser um homem forte e guerreiro, e aos seus pais.

A Germana de Carvalho Araújo e aos demais que estão presentes na minha vida todos os dias e que torcem pelo meu sucesso.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela energia que me faz sentir todos os dias, bem como, a minha mãe, aos meus irmãos, ao meu namorado e aos meus amigos. e a todas as pessoas que diretamente ou não contribuíram para que eu concluísse mais essa etapa da minha vida.

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho e em especial a Joselma Sales Davi e a minha coordenadora, enfermeira Andréia Carneiro pela compreensão e colaboração.

Agradeço a tutora Fayrusse Medeiros, e a Orientadora professora Moema Serpa, e todos os que fazem parte da Secretária de Educação a Distância (EAD), da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I – Campina Grande – PB.

RESUMO

O presente trabalho tem como tema central a gestão dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família. Visto que a temática é de grande relevância para a saúde pública brasileira, assim como, para os profissionais da área. No que tange o desenrolar deste estudo, propõe-se conhecer como se dar a atuação profissional nas ESF e identificar os fatores que favorecem e/ou dificultam esta prática. Sabendo que atuam nestas médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, dentre outros. Por sua vez, esta pesquisa constitui-se num estudo descritivo, desenvolvido através de uma abordagem qualitativa e fundamentada num levantamento bibliográfico no qual aborda a trajetória da política de saúde no Brasil, a partir da década de 1930, perpassando pelo advento da constituição de 1988, onde ficou estabelecido que a “Saúde é Um Direito de Todos e Dever do Estado” aos dias atuais, enfatizando a criação e expansão da Estratégia Saúde da Família e as formas de gerenciamento dos recursos humanos vinculados a essa atividade. Finalizando a pesquisa acadêmica expõe que são muitas as dificuldades que circundam tal prática, sendo necessário melhorar as condições vigentes, para que o trabalhadores das ESF executem suas ações como preconiza o SUS.

PALAVRAS CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Recursos humanos. Gestão profissional.

ABSTRACT

The present work is focused on the management of the teams of the Family Health Strategy. Since the topic is of great relevance to the Brazilian public health, as well as for professionals. Regarding the conduct of this study, it is proposed to learn how to give a professional performance in the ESF and to identify factors that promote and / or hinder this practice. Knowing that act on these doctors, nurses, social workers, nursing assistants, among others. In turn, this research is a descriptive study, developed through a qualitative approach based on a literature review in which he talks about the trajectory of health policy in Brazil, from the 1930s, passing by the advent of the 1988 Constitution where it is established that "Health is a Right and Duty of All State" to the present day, emphasizing the creation and expansion of the Family Health Strategy and ways of managing human resources linked to this activity. Finishing the academic research exposes that there are many difficulties that surround this practice, being necessary to improve existing conditions for the employees of FHS perform their actions as recommended by the SUS.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Human resources. Professional management.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS- Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CNS- Conferência Nacional de Saúde
CNRHS- Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
DAB- Departamento de Atenção Básica
DATAPREV- empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
ESF- Equipe Saúde da Família
ES- Equipe Saúde
IAPS- Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
LOS - leis orgânicas da Saúde
MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social
MEC- Ministério da Educação
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional da Saúde
OPAS- Organização Pan-americana de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RH- Recursos Humanos
SAMU - Atendimento Móvel de Urgência
SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS- Sistema Único de Saúde
USF- Unidade Saúde da Família
UBSF- Unidade Básica Saúde da Família

SUMÁRIO

1 Introdução	09
2 A Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e os Profissionais da Área.....	11
2.1 A trajetória da Política de Saúde no Brasil.....	11
2.2 A constituição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política de Saúde.....	19
3 A Gestão dos Profissionais nas Equipes da Estratégia Saúde da Família: algumas reflexões.....	23
3.1 A Gestão de Recursos Humanos nos serviços de saúde.....	24
3.2 A gestão profissional nas equipes da ESF	28
4 Metodologia.....	34
5 Considerações Gerais.....	35
6 Referências.....	37

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho monográfico procuramos debater a realidade da gestão profissional nas equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família – ESF. A nossa preocupação foi motivada em virtude do crescimento da ESF implantadas no Brasil, desde o ano de 1994, quando foi inserida a primeira equipe, bem como, a crescente inserção de profissionais de saúde nessas equipes.

A problemática da Gestão profissional ou Gestão de Recursos Humanos na saúde assume relevância por se constituir, muitas vezes, um entrave a execução e dinamização dos serviços. É preciso considerar que ao lidar com gerenciamento de pessoas tem-se que levar em conta a “associação de habilidades, e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas, com o objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano nas organizações” (www.significados.com.br/gestao/. Acesso em 08/05/12).

Nesse sentido, o desempenho dos funcionários de uma instituição é de grande valia, pois através destes se dará a efetividade e a qualidade do trabalho prestado, ou não. Assim como, a satisfação daqueles que demandam desses serviços, como é o caso do atendimento nas ESF.

Levando em conta a relevância da temática e a pouca abordagem da mesma, nos propomos a fazer algumas reflexões a respeito do assunto, a fim de desvelar os aspectos positivos e os fatores que comumente dificultam a atuação dos profissionais nas ESF; e assim, contribuirmos para a sensibilização e mobilização das esferas políticas e da sociedade, no que tange a gestão dos profissionais nas ESF.

Dessa forma, traçamos como objetivo central do nosso estudo, entender como se dar o processo de gestão profissional nas ESF. A fim de responder nossas inquietudes acerca do tema levantamos as seguintes hipóteses: até que ponto o desempenho das atribuições dos profissionais de saúde pode resultar em uma gestão efetiva e de qualidade.

Por sua vez, a proposta de pesquisa se constitui num estudo descritivo fundamentado através de uma abordagem qualitativa da questão em foco. Cujas técnicas de coleta de dados foi basicamente a pesquisa bibliográfica.

A sistematização dessa investigação está estruturada em dois capítulos definidos a seguir:

No primeiro capítulo denominado *A Construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e os Profissionais da Área*, discutimos o processo histórico da saúde a partir da década de 1930 até os dias atuais. Também nos reportamos à implantação do programa Saúde da Família no Brasil, enfatizando a saúde não mais como uma prática curativa, mais como um conjunto que visa prevenir e cuja definição envolve aspectos como saneamento básico, esgotamento sanitário, moradia, lazer, educação dentre outros. Ainda abordamos de forma sucinta como se deu o processo de inserção de profissionais de várias categorias na saúde.

No segundo capítulo denominado *A Gestão dos Profissionais nas Equipes de Saúde da Família*, abordamos sucintamente o conceito de gestão e suas múltiplas faces. Em seguida adentramos na gestão dos profissionais nas ESF, analisando o conteúdo e demonstrando como se dar este processo, relatando os pontos positivos e negativos desse trabalho.

Por fim, tecemos as considerações gerais, refletindo sobre as impressões e conclusões a que chegamos, após o estudo bibliográfico realizado.

2. A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA

2.1 A trajetória da Política de Saúde no Brasil

Para compreendermos como surgiu às políticas de saúde no país é necessário abordar de forma sucinta, a trajetória percorrida por essa a partir da década de 1930.

Foi a partir de 1930, primeiro ano de governo que Vargas, que se institui o Ministério da Educação e da Saúde Pública, determinando mudanças nos serviços sanitários em todo o país, visando um maior controle dos serviços pela federação, se comprometendo em zelar pelo bem estar sanitário da população (INDRIUNAS, 2012).

Essa medida rendeu ao governo elogios, nas localidades onde não existiam serviços de saúde ou tinha pouca assistência, e críticas nos grandes centros, que já contavam com serviços mais complexos, como por exemplo, São Paulo¹. Esse novo sistema implantado por Vargas centralizava as ações de saúde, tratando doenças específicas como: lepra, ancilostomose, tracoma. Em contraponto, não direcionava atendimento a outras demandas como crianças e gestantes.

Nessa direção a administração sanitária do Estado Novo expandiu as campanhas educativas em saúde, que foram divulgadas por meio de cartazes, panfletos e emissoras de rádio (BRAVO, 2007). Em meio às adversidades, o governo de Vargas representou um avanço no campo da saúde o que lhe rendeu o título de “pai dos pobres”.

¹ Esta além de contar com universidades de medicina e vários institutos de pesquisa, possuíam também desde a década de 1920 um sistema de saúde descentralizado e voltado para as questões sanitárias de cada região, sistema este criado pelo higienista Geraldo de Paula Souza, no qual os profissionais de saúde realizavam os atendimentos em centros de saúde, orientavam e encaminhavam os pacientes para os hospitais quando necessário (FILHO, 2002).

A direção das ações de saúde parece assumir outro rumo quando a partir de 1948, como o presidente Gaspar Dutra, criou-se o **Plano Salte**, com o intuito de melhorar os sistemas de Saúde, alimentação, transporte e energia, “a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais” (BRAVO, p. 5, 2007), mas este plano não foi posto em prática.

Já em 1953, com a volta de Vargas à presidência, foi criado o Ministério da Saúde (MS). Sua tarefa foi desenvolver ações voltadas para o interior na perspectiva de minimizar a malária, o tracoma, a esquistossomose e a doença de chagas. Também procurou promover a educação sanitária, criando o departamento de endemias rurais. No entanto, sobre a alegação de falta de recursos, não conseguiu prestar atendimento de qualidade à coletividade, tornando-se insuficiente na diminuição dos casos de morbi-mortalidade, causados por doenças que poderiam ser curadas² (FILHO, 2002).

Nesta época a cobertura dos serviços de saúde na zona urbana era realizada primordialmente nos hospitais e clínicas próprias ou conveniadas com os Institutos de Aposentadorias e Pensões, os quais eram mantidos pelos patrões e funcionários. Mesmo assim, os atendimentos não supriam a demanda, o que levou desde a década de 1940, à reivindicações por parte dos sindicatos que pediam revisão legislativa e previdenciária. Tais reivindicações resultaram na ampliação do número de trabalhadores e seus dependentes beneficiados por serviços de saúde financiados pelos institutos e caixas de pensões (BRAVO, 2007).

No entanto, os órgãos responsáveis pelos serviços de saúde passaram a exigir que as instituições previdenciárias elevassem o valor repassado de 5% para 50% da arrecadação anual, conseqüentemente, poderiam aumentar os atendimentos aos trabalhadores.

² No período de 1958 a 1965, foram realizadas três campanhas de vacinação contra a malária visando minimizar a epidemia desta doença. Não surtindo efeito, conseqüentemente levando o Brasil a ser considerado como uma das nações mais doente do mundo, tendo por base os índices de mortalidade muito acima dos países desenvolvidos, embora houvesse uma diminuição nos casos de doenças infecto contagiosas (MELO, 2009).

Em 1956, o MS passou a desenvolver programas direcionados as crianças, multiplicando os serviços de higiene, e os postos de puericultura, prestando atendimento as mães, imunizando e tratando as crianças doentes. Isso contribuiu para minorar os crescentes índices de mortalidade infantil (BRAVO, 2007).

Entretanto a partir no ano de 1964, o Brasil passou a ser governado por líderes militares, modificando o contexto histórico vigente, confrontando o idealismo ditatorial com qualquer atitude que fosse de encontro a este pensamento. Essa conduta pune assim, agentes políticos, estudantes, religiosos, sindicalistas, até mesmo por reivindicarem serviços de saúde capazes de atender as necessidades da população³.

A realidade da política de saúde assume outra dimensão quando em 1966 o governo criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), criados na década de 1940. Dessa forma, o Estado passou a coordenar os serviços prestados pelo INPS (aposentadorias, pensões e assistência médica aos trabalhadores com carteira assinada e seus familiares), mediante desconto de 8% do salário (BRAVO, 2007).

Com a instituição desse órgão,

criou-se um sistema dual de saúde no qual o INPS ficou incumbido de realizar atendimento individual, enquanto o Ministério da Saúde se comprometeu em elaborar e executar programas sanitários e a prestar assistência à população durante as epidemias (MELO, 2009, p. 20).

Entretanto, no ano de 1974, devido inclusive às crises no INPS, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que foi incorporado ao INPS, resultando no corte de vínculos entre o Ministério do Trabalho e o Ministério

³ Nesse mesmo período, o país vivenciou um rápido avanço econômico o qual foi chamado de 'milagre econômico', contudo isso não resultou em progresso na área da saúde. Logo os recursos repassados para essa área foram reduzidos e o MS ficou praticamente restrito a elaboração de programas e projetos, repassando a setores responsáveis pela agricultura e educação, parte dos cuidados sanitários (LUZ, 1995; FILHO, 2002).

da Previdência. Também foi criada a empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), na tentativa de assegurar as finanças destinadas aos serviços de saúde prestados e acabar com a corrupção (MELO, 2009).

Adentrando na década de 1980, mais uma vez, a saúde expressa a situação de crise das políticas sociais, agravando-se as epidemias e surtos como, dengue, tuberculose e cólera. Estes fatores demonstram a falta de compromisso com a educação sanitária e com implantação de saneamento básico e esgotamento sanitário, o que só agravou os problemas.

Essa década também ficou marcada pelas inúmeras reivindicações da população periférica, dos movimentos sociais por melhores condições de vida e por serviços de saúde efetivos. Essa luta foi apoiada por profissionais de saúde, sanitaristas e lideranças comunitárias, que juntos fundaram os “conselhos populares de saúde”, objetivando a implantação da reforma sanitária e da criação de centros de saúde, hospitais e saneamento básico nas periferias, alcançando o ápice dessa luta (BRASIL, 2006).

Com o apoio dos atores mencionados acima, no ano de 1986, em Brasília- Distrito Federal, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Cerca de quatro mil pessoas participaram desta conferência, das quais mil eram delegados, permitindo pela primeira vez a discussão com a sociedade sobre as necessidades e anseios, marcado uma nova fase no contexto político brasileiro. Com resultado dessa importante conferência, tivemos a ampliação do conceito de saúde como dever do Estado sendo responsável pela sua promoção, proteção e recuperação. Por meio de uma reforma sanitária, a saúde passa a ser definida como consequência de múltiplos fatores, dentre os quais educação, alimentação, moradia, lazer, trabalho, saneamento e esgotamento sanitário. A nova concepção de saúde considera que esses fatores, juntos e bem estruturados, resultariam num completo bem estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade (MELO, 2009; MENDES, 2004; BRAVO, 2007)

Articulado a esse novo direcionamento no campo da saúde, no ano de 1988, ocorreu um marco na história do povo brasileiro, a elaboração da nova

constituição, a qual foi intitulada de 'constituição cidadã'. Foi através da luta dos movimentos sociais, dos sindicatos, do Movimento Nacional de Reforma Sanitária e do apoio de parlamentares, que ficou estabelecido à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido constitucionalmente a Saúde como direito de todos e dever do Estado.

Assim, pela primeira vez os serviços de saúde seriam organizados de forma a atender a todos, sem distinção ou qualificação, diferente de outrora, que os beneficiados deveriam ser trabalhadores com carteira assinada, ou ficariam a mercê dos serviços públicos precários (CORREIA, 2006).

Essa conquista trouxe grandes expectativas para os anos 1990, juntamente ao novo contexto político e econômico. O que não foi visto na prática, devido ao fortalecimento das políticas neoliberais e privatizações de bens públicos. Como alerta Bravo (2007, p. 14) "afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação".

Em que pese o direcionamento neoliberal, no que tange a saúde foram criadas em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), compostas pelas leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Estas dão as diretrizes para uma gestão efetiva dos SUS (CORREIA, 2006, P.124).

A LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela união, pelos estados e municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem - em seus respectivos territórios - o direito a saúde para seus povos. Consequentemente, sempre que uma esfera de poder político atue, seja materialmente, seja normatizando, está obrigada a disciplina imposta na LOS (DALLARI, 1994,15).

Por meio destas leis foram estabelecidos os seguintes princípios e diretrizes do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade, participação social, hierarquização e regionalização. Um complexo que vem atrelado ao novo conceito de saúde, no qual para estar saudável é necessário harmonia entre diversos aspectos, como: moradia, educação, lazer, trabalho,

saneamento e esgotamento sanitário, segurança e muitos outros, que venham a contribuir para que o indivíduo e a coletividade tenham um completo bem estar físico, mental e social.

Outro fato importante durante esse período foi à criação das Normas Operacionais (NOB e NOAS). A primeira Norma Operacional da Saúde (NOB) foi criada em 1991 e em seguida, a de 1993 e 1996, que por sua vez são direcionadas para definir estratégias que orientam a operacionalidade do SUS. Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) foi aprovada por meio da portaria N.º 373/GM de fevereiro de 2002, visando à integração entre os três níveis de gestão com o objetivo de aperfeiçoar o SUS. Por meio desta ficou estabelecido que,

O processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002, p.05)

A partir de 1994, com a posse do presidente Fernando Henrique Cardoso, (que durante seus dois mandatos governa o país de 1994-2002), as políticas sociais e econômicas assumem o direcionamento recomendado pelo Plano Real. Efetiva-se a política neoliberal no Brasil, expressa pela venda das empresas públicas, dentre as quais a vale do Rio doce (empresa de mineração e siderúrgica) e a Telebrás (empresa de telecomunicações).

Neste mesmo ano, o SUS também apresenta um redirecionamento com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorientação dos serviços básicos de saúde, e não mais apenas com a pretensão de focalizar o atendimento hospitalocêntrico, onde as pessoas eram medicadas, e mandadas para casa, sem que fosse realizado um prontuário para um possível acompanhamento dos pacientes.

A criação de novas estratégias de atuação para o SUS não garantiu sua efetiva implantação, não cumprindo com as diretrizes e princípios estabelecidos

na constituição, mas por outro lado, em passos lentos, poderíamos notar a diferença em relação à década anterior.

Com a chegada do ano 2000, foi instituída a Emenda Constitucional n 29⁴, que buscava garantir recursos mínimos para o SUS, advindos das três esferas governamentais (União, Estados e Municípios). Esses gastos, por sua vez, seriam aumentados gradativamente até o ano de 2004, quando atingiria o nível mínimo exigido do repasse, ao mesmo tempo proíbe os gestores de reduzir os gastos com a saúde⁵ (BRASIL, 2002).

Já nos reportando ao governo de Luís Inácio Lula da Silva (Lula), que presidiu o país por dois mandatos entre 2003 e 2010, podemos observar algumas inovações, dentre as quais: reafirmou a concepção de Reforma Sanitária, criou quatro secretárias e extinguiu três, criou a secretária de Gestão do Trabalho em Saúde, cuja função é “formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área” (BRAVO, p.16). Criou a secretaria de Atenção à Saúde, com o propósito de “unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições das extintas secretarias de política de saúde e de assistência à saúde” (BRAVO, p.16).

Também criou “Secretaria de Gestão Participativa que teve como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a

⁴ A regulamentação da emenda 29, que define os investimentos mínimos para a saúde pública e que havia sido aprovada em 2000, em dezembro de 2011, a presidente vetou 15 artigos dessa emenda e estabeleceu que o repasse da união deve ser feito com base no ano anterior mais a soma do PIB atual, que os Estados devem repassar 12% e os municípios 15%. A novidade é que agora os gestores terão quem investir diretamente em serviços de saúde, cujo atendimento seja universalizado e não mais maquiar os investimentos direcionando-os para programas de rádio, saneamento básico, esgotamento sanitário ou qualquer outro, alegando que estes incidem na saúde, mesmo sendo uma realidade (CORREIO DO ESTADO, 2011).

⁵ Nesse período também foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), substituindo a extinta Susep (Superintendência de Seguros Privados). Esta é vinculada ao Ministério da Saúde, mas tem autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Por sua vez é um órgão que exerce atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades interligadas a assistência privada à saúde, também é responsável pela autorização dos reajustes dos planos privados de assistência médica, dentre outras atividades.

comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade” (BRAVO, p.17).

Nesse período, também foram ampliados os serviços odontológicos e criados aproximadamente 500 centros de especialidades e laboratórios regionais de próteses dentárias, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa de Farmácia Popular, ampliação da atenção básica por meio do PSF, aumento do piso da atenção básica, a consolidação da reforma psiquiátrica e implantou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MENICUCCI, 2011).

Porém, Bravo (2012), também chama a atenção para múltiplos aspectos negativos, dentre os quais enfatiza, que o mais sério é a falta de financiamento. Este fato está diretamente ligado ao gasto social do governo, por ser determinante para a manutenção de política focal, por contribuir para a precarização e terceirização dos recursos humanos.

Portanto, fazendo um aparato geral da saúde brasileira podemos averiguar que nos últimos vinte anos o Brasil passou por grandes mudanças, dentre as quais podemos citar as políticas de saúde pública. Lembrando que o SUS continua sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, “sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer” (SOUZA, 2002, p.16).

A implantação do SUS foi muito positiva, mesmo havendo muitas dificuldades de executar uma saúde integral e equitativa para todos os cidadãos e em todo o país, tendo em vista as diferenças e dificuldades vivenciadas em cada localidade. Como já foi dito, a assistência a saúde passa a ser um direito, não apenas dos trabalhadores registrados e sim, de todos que trabalham ou não, como ficou estabelecido na Constituição de 1988. Também devemos reafirmar que muito existe para ser concretizado e instituído no SUS, e que todos os brasileiros podem dar sua contribuição, exercendo a participação social, direito

adquirido através da lei nº 8.142/ 1990, para fazer o SUS chegar a sua plenitude no país inteiro.

Tendo em vista as discussões acima acerca do desenvolvimento do SUS, a seguir abordaremos o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), para que possamos entender a importância deste para a população brasileira e para os profissionais de saúde.

2.2 A Constituição da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política de Saúde

A hoje denominada Estratégia Saúde da Família surge no cenário da saúde como Programa Saúde da Família, em 1994, modelo trazido de Cuba. Teve como finalidade realizar um trabalho junto à comunidade, com maior aproximação com as famílias, visando tratar a saúde de forma preventiva.

Essa nova modalidade de atenção à saúde tem em sua lógica a composição de uma equipe mínima, formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também pode compor a equipe o cirurgião-dentista, o auxiliar em consultório dentário, o técnico em higiene dental, dentre outros profissionais (MELO, 2009).

Efetivamente essas equipes procuram conhecer a realidade das famílias com as quais trabalha enfatizando as condições sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. A partir destes dados, juntamente com a comunidade, buscam identificar os problemas e os fatores de risco. Posteriormente, elaboram planos de ação para o enfrentamento das problemáticas citadas, para melhor gerir as ações de atendimento de atenção básica a população.

Entre as ações desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF, destacam-se os procedimentos de controle de doenças degenerativas (hipertensão e diabetes), contagiosas (hepatite, hanseníase, tuberculose, etc.), acompanhamento do peso, crescimento, imunização das crianças. Também

realiza atendimento voltado para a saúde da mulher e planejamento familiar, atendimento voltado para adolescentes. São realizadas também pela equipe palestras educativas e todo um trabalho de prevenção (MELO, 2009).

Este atendimento é realizado em uma UBSF, que fica dentro de uma área circunscrita, na qual todos os ACS têm uma micro-área para trabalhar, sendo este trabalho realizado através de visitas domiciliares feitas tanto pelos ACS como pelos demais membros da equipe, além do atendimento realizado na UBSF. Cada área cobre cerca de 3.000 a 4.500 pessoas (MELO, 2009). Por sua vez, esses atendimentos são registrados em prontuários, permitindo a realização de um possível acompanhamento do paciente, e mantendo um histórico com todas as consultas e resultados de exames solicitados.

Para avaliar esses dados nacionalmente:

Em 1998, foi estruturado o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para acompanhar a implementação e monitorar os resultados do PSF. O sistema é utilizado para coletar dados e orientar a avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas. Dentre as informações do SIAB são selecionados indicadores e marcadores de acompanhamento que possibilitam avaliar a produção e o desempenho das equipes, observando-se as prioridades de intervenção (BRASIL, 2005, p. 17).

Esses dados são relevantes para a avaliação local das UBSF, bem como para conhecer o desenvolvimento de forma geral. A partir desses indicadores há a possibilidade de melhorar o desempenho dos serviços prestados nessas unidades, assim como, é de suma importância para fortalecer o trabalho dos profissionais de cada equipe, permitindo que estes gerenciem as atividades continuamente e de forma crescente.

A implantação e expansão da ESF a partir de 1994⁶, apresentou êxitos diante de múltiplas mudanças governamentais na área. Houve uma ampliação

⁶ No ano de 1991, o Ministério da Saúde, baseado em algumas experiências regionais, criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), implantado-o a princípio, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte. Em 1992, passou a ser denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), enfocando agora o trabalho com a família e não apenas para o indivíduo, inserindo também o

gradativa e “em dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 1.219 municípios de 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), e contava com 3.119 equipes de Saúde da Família (ESF)” (BRASIL, 2005, p. 17). Já em 1999, todas as capitais já haviam implantado ESF.

Essa forma de atendimento representou uma novidade nos serviços de saúde. Tem se caracterizado como um programa que visa o atendimento preventivo, realizando um trabalho junto às famílias, dando ênfase ao projeto sanitário, no qual a saúde é vista como resultado de um conjunto de necessidades sociais (alimentação, saneamento básico, esgotamento sanitário, moradia, lazer, trabalho etc.), e que seu atendimento gera a melhoria de vida dos indivíduos e da coletividade.

Por sua vez, a ESF é formada por vários profissionais que ganharam espaço para trabalhar na saúde e pela saúde. Dentre os quais podemos citar o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o dentista, o auxiliar de consultório dentário, o recepcionista, o assistente social e muitos outros, que vão ganhando espaço com a efetivação das ações realizadas nessa estratégia (BRASIL, 2006).

Além das ESF foram criados inúmeros programas na área de saúde, que empregam diversos profissionais, um desses é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, criado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2008, através da portaria GM 154, republicada em março do mesmo ano. Cujo propósito é realizar um trabalho especializado, na qual a porta de entrada deste serviço são as ESF, que encaminharão os pacientes para os referidos serviços prestados no NASF.

Nesse sentido o NASF tem como proposta, aumentar a abrangência e a resolubilidade das ações da atenção básica à saúde, desenvolvendo ações em conjunto com os profissionais das ESF, “compartilhando e apoiando as práticas

conceito de área de cobertura (BRASIL, 2005). Aos esse programa ganhou visibilidade no Brasil inteiro, sendo incorporado as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), reforçando os serviços de atendimento básico a saúde da população. Em 2009, um total de 234.767 ACS trabalhavam em 5.349 municípios, significando uma cobertura populacional de 60,9% da população brasileira, correspondente a cerca de 115,4 milhões de pessoas (BRASIL, Acesso 23 de abril de 2012)

em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF” (BRASIL, 2009, p. 07).

Para atender as necessidades foi subdividido em duas modalidades citadas abaixo:

O NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal (BRASIL, 2012, 07).

Por sua vez estes profissionais deverão atuar com base em algumas diretrizes relativas à APS, como: “[...] educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2009, p. 07),

Outro aspecto importante que não devemos esquecer são os hospitais, que exercem função importante no tratamento e reabilitação das pessoas por meio do SUS, serviços complexos que demandam do serviço de muitos profissionais como os já mencionados anteriormente, dentre outros, somando ao trabalho médico.

Portanto, toda essa nova lógica busca que o médico não seja visto como ‘peça central’ no atendimento. Ele passa a ser compreendido como um integrante da equipe de saúde, junto aos demais profissionais que podem realizar uma gestão efetiva e humanizada a todos os que procurarem atendimento em uma unidade de saúde.

No entanto, essa nova visão de equipe de saúde enfrenta uma séria problemática. É necessário enfrentar efetivamente a centralidade do papel do profissional médico na atenção à saúde. Não é suficiente haver mudanças nas ações programáticas, nos documentos e legislações. Serão necessárias

modificações efetivas na organização dos serviços, que não centralizem o atendimento nos aspectos emergenciais e curativos. Essa problemática será abordada no próximo capítulo buscando refletir como se dá a gestão profissional nas ESF, procurando entender os fatores que favorecem e dificultam este processo.

3 A GESTÃO DOS PROFISSIONAIS NAS EQUIPES DA ESTRÁTEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): algumas reflexões

Para abordar a discussão acerca da gestão profissional na ESF, consideramos relevante apresentar alguns argumentos sobre a origem e definição do termo gestão. Nesse sentido, resgatamos informações da área de administração e economia.

O ramo da gestão surgiu após a revolução industrial, pela necessidade de solucionar problemas que até então não existiam, mediante o uso de vários métodos de ciência, para administrar os negócios e os recursos humanos, resultando na criação da ciência da Administração. Por sua vez, a gestão está inserida nas ciências humanas, por intervir na relação das pessoas. Encaixa-se na administração e está atrelada a outros ramos como: direito, contabilidade, informática, matemática, economia, sociologia, serviço social, dentre outras (CHIAVENATO, 1999).

Desde o último século a gestão vem sendo inserida nos mais diversos contextos, e recebendo múltiplos significados. Assim,

Gestão significa gerenciamento, administração, onde existe uma instituição, uma empresa, uma entidade social de pessoas, a ser gerida ou administrada. O objetivo é de crescimento, estabelecido pela empresa através do esforço humano organizado, pelo grupo, com um objetivo específico. As instituições podem ser privadas, sociedades de economia mista, com ou sem fins lucrativos. (, 2012, p.1).

Também são inúmeras as denominações de gestão, como: gestão de negócios, gestão estratégica, gestão financeira, gestão logística, gestão pública, gestão em saúde, gestão ambiental, gestão profissional e muitas outras.

Em especial chamamos a atenção para o processo de gestão de pessoas, a qual CHIAVENATO define como:

Uma área muito sensível à mentalidade que predomina nas organizações. Ela é contingencial e situacional, pois depende de vários aspectos como a cultura que existe em cada organização, a estrutura organizacional adotada, as características do contexto ambiental, o negócio da organização, a tecnologia utilizada, os processos internos e uma infinidade de outras variáveis importantes. (1999, p. 06)

Enfim, a gestão é essencial no desenvolvimento de qualquer trabalho, inclusive nas atividades diárias de cada pessoa. Também é através de uma boa administração que podemos ter um melhor desempenho na relação de trabalho, com outros profissionais e de produtividade, assim como nas instituições onde trabalhamos.

A partir dessa reflexão inicial sobre gestão profissional, levando em conta a atuação profissional na ESF, abordaremos a seguir, uma sucinta explicação acerca das Conferências Nacionais de Recursos Humanos Para a Saúde (CNRHS), demonstrando os anseios por melhorias para os trabalhadores dos serviços públicos de saúde.

3.1 A Gestão de Recursos Humanos nos serviços de saúde

A preocupação com o desenvolvimento da gestão profissional na saúde não é algo recente, ela aparece até mesmo antes do surgimento do PSF. Nesse sentido em 1982 foi realizado o Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, no qual reuniu técnicos do MEC, do MPAS, OPAS e representações estaduais da área da

saúde. Foi proposto nesse encontro "A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias de Saúde", dentre as ações desejadas destacou-se a necessidade de coordenação das atividades nas Secretarias Estaduais de Saúde, por meio de estratégias de planejamento, administração e capacitação dos recursos humanos nestas secretarias (BRASIL, 1982; PIERANTONI, 2000).

Outro destaque pode ser dado ao debate acerca das necessidades de fortalecimento dos recursos humanos na saúde empreendido na 8ª CNS. De acordo com PIERANTONI (2000, p. 58), dentre outros aspectos, pode-se destacar

[...] três pontos considerados fundamentais para o alcance dos objetivos da reforma sanitária em curso: a isonomia salarial e plano de cargos e salários; o caráter multiprofissional da composição das equipes; e a incorporação de agentes populares de saúde remunerados e sob a coordenação do nível local do sistema de Saúde, para cumprir demandas de atenção primária e educação em saúde.

Foi também na 8ª CNS que ficou estabelecido a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde (CNRHS), que teve como tema central a "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária", sendo esta realizada de 13 a 17 de outubro de 1986 (BRASIL, 1986, PIERANTONI, 2000).

Nesta Conferência os núcleos temáticos uniram profissionais das áreas de saúde, da educação, da administração, além de "usuários do setor saúde na intenção de assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor saúde" (BRASIL, 1986, p. 01).

O direcionamento assumido nesta conferência pelos participantes indicou que, não era suficiente apenas dar ênfase as questões de qualificação

profissional para obter a capacitação desejada para uma atuação de qualidade nos serviços de saúde. Dessa forma, definiram que:

Os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 02).

Quanto às soluções apontadas não foram colocadas em prática nos anos subseqüentes. Os problemas eram os mesmos, havendo um descompasso na formação de profissionais de saúde, marcado pela ausência de integração entre o ensino e os serviços da área. Dificuldades estas também averiguadas nos cursos de formação técnica e auxiliar, que ficaram, em sua maioria, sob a égide das escolas particulares, regulamentadas de forma ineficiente pelo setor educacional. Essas utilizavam o setor público, para fazer cumprir a carga horária prática exigida, sendo muitas vezes realizadas sem a supervisão de um profissional de ensino (PIERANTONI, 2000, p.61).

Essa problemática auxiliou na compreensão de que a instância “serviço” fosse “identificada como o local da “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional” (BRASIL, 2006, p. 09).

As discussões sobre o gerenciamento de pessoal continuaram e, em 1992, próximo ao *impeachment* do presidente Collor de Mello, foi realizada a 9ª CNS. Esta teve como tema central a “Municipalização” e em meio as discussões abordaram as leis nº 8.080 e a Norma Operacional Básica (NOB), que só foi publicada no ano seguinte.

Dentre outros aspectos discutidos, foi enfatizada, nesta Conferência, a necessidade de criar uma política de RH para o SUS. Foi reforçada a necessidade de inserir um regime jurídico único em cada esfera de governo, bem

como, definir uma política de formação e capacitação de RH. Também foi apontada a necessidade de realização da 2ª CNRHS, visando aprofundar a análise de vários aspectos, inclusive da jornada de trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 1993; PIERANTONI, 2000).

A 2ª CNRHS foi então realizada entre os dias 12 e 17 de setembro de 1993, e contou com cerca de 1.000 participantes que vieram de todo o país. Isso foi determinante para produzir um dos mais intensos e completos debates sobre o tema. Como resultado obteve-se um conjunto expressivo de indicativos para a área de formação e de gestão de RH (BRASIL, 1994).

Podemos destacar importantes resoluções e encaminhamentos resultados da conferência, como:

- ✓ integração entre instituições formadoras de recursos humanos e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os Conselhos de Saúde e de Educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação;
- ✓ revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à Epidemiologia e Ciências Sociais; revisão da Lei do Exercício Profissional de todas as profissões da saúde, para adequá-las às demandas e necessidades de saúde das populações e da implementação do SUS;
- ✓ obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores e garantia de profissionalização de trabalhadores sem qualificação específica;
- ✓ criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com reordenação de papéis em cada um dos níveis, inclusive nas instâncias regionais;
- ✓ criação de um sistema de informações sobre recursos humanos, contemplando os três níveis de governo, para servir de base para o planejamento, preparação e gestão, no qual estejam incluídas as instituições privadas vinculadas ao SUS, como condição para manutenção desse vínculo ou para novos credenciamentos;
- ✓ criação de Câmaras Técnicas de Recursos Humanos, vinculadas aos Conselhos de Saúde, a exemplo do que já ocorria no Conselho Nacional de Saúde (PIERANTONI, 2000; p. 64/65).

Após a realização desta Conferência, não se concretizaram as propostas, conseqüentemente, pelo fato destas não serem postas em práticas ou apenas de forma parcial, não resultaram em melhorias efetivas para os profissionais da saúde.

Considerando as reflexões de Pierantoni (2000), o quadro de RH na área de saúde neste início de século é desanimador. Alguns autores enfatizam que a negligência em que se deu a adoção de políticas de RH é um fato, afirmando também que, a década de 1990 foi à década perdida para os trabalhadores da saúde, por múltiplas razões. Um exemplo, são as práticas centralizadoras que sempre estiveram presentes na implementação das políticas de RH no Brasil e que sempre aparecem de forma contraditória (BRASIL, 2006, p. 21)

Enfim, é notório que o SUS se fez realidade e que a Reforma Sanitária se consolidou como um sistema unificado de assistência à saúde da população brasileira, e até certo ponto, foi “resolvido” o financiamento entre as três esferas de governo. Também não podemos esquecer que houve um grande aumento na capacitação dos profissionais da saúde, e no aumento destes nesta área (BRASIL, 2006, p. 21).

No entanto, no que se refere aos Recursos Humanos, ainda deixa muito a desejar. Por isso, é necessário implantar um conjunto de ações que resultem em melhorias neste campo, dentre as quais: as garantias e direitos para os profissionais de saúde, para que estes profissionais sejam melhor reconhecidos; ações efetivas que minimizem a exploração a que muitos se submetem, pela falta de regularização e por jornadas excessivas; além da falta de recursos materiais, para executarem seus serviços com qualidade.

Tendo em vista esta realidade, buscaremos a seguir tentar entender como os profissionais das ESF estão desenvolvendo suas atribuições, quais as dificuldades e quais os aspectos que contribuem para o engrandecimento dos recursos humanos nessa área.

3.2 A Gestão Profissional nas equipes da ESF

Desde a sua criação, até os dias de hoje existe certa ambigüidade entre os aspectos positivos e negativos que envolvem as Equipes Saúde da Família (ESF), e um desses aspectos se refere à gestão profissional nas ESF, ou mais especificamente a atuação profissional desenvolvidas nessas equipes.

Em que pese todos os questionamentos, a ESF assumiu na rede de serviços de saúde, o papel da porta de entrada do sistema. Em 2008, por exemplo, o SUS completava 20 anos e a ESF 15 anos de implantação e neste momento já somavam “mais de 89 milhões de brasileiros acompanhados por quase 28 mil Equipes Saúde da Família e 16 mil Equipes de Saúde Bucal da Família em milhares de municípios brasileiros” (BRASIL, 2008, p.05)

A expansão dessa estratégia de atendimento implicou no crescimento de recursos humanos vinculados à atenção básica. Se considerarmos que cada equipe da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - podendo ainda ser composta por assistentes sociais, psicólogos, dentistas, dentre outros – teremos uma crescente expansão do mercado de trabalho no campo da saúde.

A ESF foi estruturada com base nos princípios básicos que regem o sistema de saúde brasileiro: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização político-administrativa e a participação ativa da comunidade. Sob a orientação destes princípios, a ESF visa priorizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo uma maior resolutividade nos níveis da Atenção Básica à saúde (OLIVEIRA, 2008, 237)

Seguindo essa lógica, a atuação dos profissionais das ESF deve preconizar o atendimento interdisciplinar e multiprofissional, que se dá por meio da comunicação dos diferentes saberes de cada profissional e pela atuação conjunta de várias categorias profissionais (MACIEL, 2007; BRASIL, 1997). Dessa forma,

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento (SILVA; TRAD, 2005, p. 26)

Para que esse processo possa acontecer, as decisões acerca do trabalho em equipe devem ser realizadas no âmbito das UBSF e, geralmente são tomadas

por meio de reuniões, onde os membros discutem as necessidades e possibilidades de realizarem o trabalho (RONZANI & SILVA, 2008).

Essa articulação segundo Silva e Trad (2005, p.30):

[...] Está sempre voltada a um determinado fim, ou seja, a comunicação manifesta-se, sobretudo para atender as demandas imediatas que se expressam nas queixas apresentadas pelos usuários. Não foram observadas evidências que mostrassem a equipe buscando construir consensos e acordos acerca dos problemas de saúde da população assistida.

Essas reflexões, baseadas nos estudos dos autores, também identificam uma centralização da gestão da equipe nas mãos das enfermeiras. Elas, além de realizarem todas as atribuições da profissão, atuam como coordenadora de equipe, por meio da qual devem realizar a integração entre os profissionais, supervisionar as atividades e alimentar os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Essa centralização é vista como um entrave para as enfermeiras que não concordam com essa dupla atribuição, afirmando que ficam sobre carregadas e muitas vezes ‘fogem’ do trabalho de atendimento aos usuários, para se deterem a resolver a parte burocrática da equipe, como é o caso do SIAB. Por outro lado, por não terem tempo disponível, não podem discutir os dados do SIAB, com a equipe ou o fazem rapidamente (SILVA; TRAD, 2005).

Por isso muitos profissionais dessa área enfocam que é necessário mais que formação técnica para trabalharem nas ESF, “é preciso ter atributos pessoais como: humildade, atenção, sensibilidade, e desejo em realizar as atividades, para que estas sejam positivas e para que os mesmos não se desestimulem diante das dificuldades” (RONZANI & SILVA, 2008, 03)

Segundo Oliveira (2008), atrelados a esses aspectos, os profissionais que atuam nessas equipes relatam que algumas atividades como o trabalho de educação em saúde, cuja atribuição é de todos da equipe, os deixam motivados e ao mesmo tempo estes se empenham em realizarem a prevenção e promoção da saúde através de atividades educativas. Por sua vez, esses profissionais também enfatizam como ponto positivo no desenvolvimento das suas atribuições, a

satisfação das famílias, pois mesmo havendo inúmeras deficiências de recursos, como falta de material e famílias além do preconizado pelo programa, conseguem atender um grande número de pacientes.

Nessa perspectiva, RIBEIRO; PIRES; BLANK, (2004) enfatizam que em um estudo realizado por Bertone, junto a profissionais da ESF em Blumenau/SC, permitiu identificar “mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta do PSF, reforçando os autores que apontam o potencial positivo do programa” (2004, p. 442). Ainda enfatizam que,

As equipes citam como mudanças em seu trabalho atuarem de forma comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; contarem com maior adesão da população; desenvolverem um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; produzirem ampliação das ações de promoção; terem a possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população/comunidade; reduzirem as internações hospitalares; produzirem melhora do acesso da população à rede básica de saúde; efetuarem o diagnóstico das doenças mais precocemente; introduzirem práticas assistenciais inovadoras; incrementarem a utilização de práticas assistenciais de baixa aplicação no modelo anterior (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 442).

Mesmo assim observa uma série de condições envolvendo os processos de trabalho das equipes da ESF os quais “dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo” (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p.442).

Os profissionais que atuam nas ESFs enfrentam inúmeras dificuldades que vão além da organização multidisciplinar, englobando também uma sobrecarga de trabalho, por conta da alta demanda que foge os limites definidos de família por área de abrangência, chegando este até 7.000 pessoas (OLIVEIRA, 2008). Isso distancia a realidade brasileira da Cubana, onde a estratégia se mostrou eficaz.

Ainda no que se refere à demanda, em pesquisa realizada junto a cinco ESF, de uma cidade de grande porte no interior da Paraíba, Oliveira (2008) mostra, que os profissionais de saúde enfatizam que a demanda é alta, devido à

grande maioria das equipes se concentrarem em áreas periféricas, onde as famílias vivem a margem dos serviços de saúde. Isso implica na dificuldade dos profissionais prestarem seus serviços, já que dessa forma estes se desdobram para atender a todos os pacientes, realizando múltiplas atribuições, e assim, fugindo do modelo preconizado que é o preventivo e se detendo em atividades de caráter curativo. Essa pesquisa, ainda relata que essa rotina resulta no “alto nível de *stress* e de cansaço dos profissionais frente às demandas e as adversidades enfrentadas.

Já em outro estudo realizado por SILVA & TRAD agora em um município de grande porte da Bahia, também verificou que há uma grande demanda interna, além da sobrecarga de trabalho que se agrava, isto em decorrência das freqüentes solicitações da coordenação municipal. Enfatiza ainda que, como consequência, os profissionais deixam de cumprir o cronograma programado para poder atender a esta demanda, e que estas solicitações envolvem principalmente os agentes comunitários e a enfermeira. “No caso dos agentes, a solicitação mais freqüente refere-se ao levantamento de dados para programação de campanhas de vacina (número de mulheres em idade fértil, número de idosos etc)” (SILVA; TRAD, 2005, p. 3).

Outro fato notável é a precarização acerca dos vínculos trabalhistas, causado pelas múltiplas formas de contratação, que resulta na contratação de pessoas sem qualificação ou com pouca qualificação, como é o caso dos ACS (RIBEIRO; PIRES; BLANK. 2004). Assim:

A evidência científica informa sobre uma grave crise de situação de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no âmbito do SUS, desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais. Entre os principais fatores agravantes, no Brasil, estão os baixos salários e as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço público, geradores de desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades (COTTA et al., 2006. p.08)

Na contramão do que idealizou o MS, o que se evidencia é a ausência de condições técnicas e materiais adequadas. Na verdade, é fundamental que os

trabalhadores das ESF tenham acesso a um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, para que desse modo possam atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Essa é uma das estratégias que possibilitarão o aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 1997, p.21).

Nesse sentido, percebemos que os profissionais que atuam nas ESF, vivenciam muitas dificuldades no desempenho de suas atribuições, e estas são determinadas, fundamentalmente, por ausência de políticas que se voltem para as necessidades reais das famílias brasileiras, quanto à prestação de um serviço de saúde adequado e com qualidade.

A pesquisa bibliográfica permitiu identificar que os profissionais que trabalham nas ESF realizam uma gama de atendimento, mas ainda estão presos a falta de estrutura material e técnica, não recebendo as tão faladas capacitações contínuas, sendo subcontratados e ficando expostos a ordens de políticos locais.

Portanto, o trabalho desses profissionais acabam se voltando para o serviço de urgência e medicamentoso, não realizando a prevenção e retirando a oportunidade, muitas vezes, destes profissionais atuarem diretamente com as famílias, planejando e pondo em prática o que preconiza a ESF.

Enfim, não podemos negar a importância das ESF e dos profissionais que trabalham nestas equipes. Entretanto, é preciso investir na qualificação e na forma de contratação de pessoal aumentando, proporcionalmente, as UBSFs e, conseqüentemente, os recursos humanos. Dessa forma, favorecendo a consolidação da ESF, bem como garantindo o trabalho digno dos profissionais e o atendimento de qualidade à população.

4 METODOLOGIA

O principal objetivo da ciência é chegar “a veracidade dos fatos por meio de um método que permitam atingir determinado conhecimento”. “Define-se método como o caminho para se chegar a determinado fim, e método científico como conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (GIL, 1994, p.27). Dessa forma, a seguir iremos abordar as técnicas metodológicas que compõe todo o nosso estudo, classificando cada procedimento para que se possa delimitar a pesquisa.

A primeira etapa da pesquisa acadêmica foi denominada como: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA, por ser imprescindível a análise histórica da saúde pública brasileira. Para realizar um estudo adequado a cerca do assunto em debate, utilizaremos fontes bibliográficas como livros, artigos científicos, monografias, teses. Segundo LAKATOS, 2007 “a citação das principais conclusões a que outros autores chegaram permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrar contradições ou reafirmar comportamentos e atividades”.

Portanto, a presente pesquisa acadêmica pode ser classificada como do tipo descritiva e será desenvolvida através de uma abordagem qualitativa da questão em foco. A pesquisa descritiva “é um levantamento das características conhecidas que compõem o fato/fenômeno/processo” (SANTOS, 2002, p. 27). A técnica de coleta de dados utilizada na pesquisa acadêmica foi basicamente a pesquisa bibliográfica, por esta “constitui-se numa preciosa fonte de informações, com dados já organizados e analisados como informações e idéias prontas” (SANTOS, 2002, p. 27). Dessa forma, esse estudo contemplou como objetos de análise a prática profissional nas equipes da Estratégia Saúde da Família, os fatores que facilitam e os que dificultam a execução da atuação prática nessas equipes.

5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A partir da década de 1930 averiguamos que a saúde pública no Brasil começou a ser engrandecida, à medida que o então presidente Getulio Vargas criou o Ministério da Educação e da Saúde Pública. Foi um fato marcante, mas os problemas continuaram o que levou juntamente com as reivindicações da população brasileira a elaboração da Constituição de 1988, estabelecendo por meio desta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o qual definiu a “Saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Nesse sentido, já no início da década de 1990 foram implantados diversos serviços de saúde pública, dentre os quais em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), espelhado em versão Cubana, o qual visa trabalhar diretamente com as famílias, realizando um atendimento preventivo e não apenas curativo, inovando e trazendo grandes expectativas para a população menos favorecida.

Neste foram empregados diversos profissionais dentre os quais médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Podendo ser composta ainda por outros profissionais.

No entanto, nossa preocupação se dar em torno da gestão destes profissionais na execução de suas atribuições nas Equipes Saúde da Família (ESF), pois observarmos que a partir dos anos 1990 houve uma expansão na contratação destes profissionais primordialmente para compor as ESF.

Conseqüentemente, por meio desse estudo, descobrimos que o avanço na execução das ESF não resultou em grandes melhorias para os profissionais de saúde, pois a forma de contratar é precária, a jornada de trabalho é excessiva, e a remuneração deixa muito a desejar. Foi identificado que os profissionais que atuam nas ESF relatam que pela alta demanda nessas unidades de saúde e, muitas vezes, pela falta de condições físicas e materiais, acabam fugindo do atendimento preconizado pelo programa. Este fato culmina com o estresse profissional, além do mais, muitas enfermeiras relatam que são responsabilizadas pela parte burocrática, como é o caso do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Ainda enfatizam que por falta de tempo não podem discutir os

dados fornecidos por este e por outros sistemas com os demais profissionais e/ou quando o fazem, são obrigados a serem breves.

Portanto, concluímos que houve um aumento na contratação dos profissionais de saúde pela ESF, mas por outro lado os governantes não investiram suficientemente na forma de contratação, de qualificação e na remuneração desses profissionais e mesmo de estrutura física e material das ESF. Nesse sentido, é necessário melhorar as condições vigentes, para que possamos ter uma gestão profissional efetiva nas ESF como preconiza o SUS.

6 REFERÊNCIAS:

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ministério da Saúde. Disponível em: dab.saude.gov.br/nasf.ph. Acesso em: 24 de abril de 2012.

_____, Departamento de Atenção Básica. PSF - Saúde da Família - Atenção Primária. Agentes Comunitários de Saúde Total de Agentes Comunitários de Saúde: 184,3 mil.. Disponível em: dab.saude.gov.br/abnumeros.php. acesso em: 23 de abril de 2012.

_____, Ministério da Saúde. A organização das ações de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias de Saúde. Brasília: Secretaria de Recursos humanos/MS, 1982.

_____, Ministério da Saúde. Centro Formador de Recursos humanos-CEFOR. Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde. João Pessoa-pb, 2006.

_____, Ministério da Saúde. 1ª Conferência nacional de recursos humanos para a saúde. Relatório Final. Brasília, 1986.

_____, Ministério da Saúde. 2ª Conferência nacional de recursos humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília, 1994.

_____, Ministério da Saúde. 2ª Conferência nacional de recursos humanos em saúde. Textos de Apoio. Brasília. 1993.

_____, Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: mar. de 2006. Vol. 3, n. 1. (cadernos de RH).

_____, Ministério da Saúde. Emenda 29 Mais Dinheiro e Estabilidade para Saúde. Brasília: MS, (Série E. Legislação de Saúde). 2002. 30 p.

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

_____, Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional

da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 A.

_____, Ministério da Saúde. Revista Brasileira Saúde da Família. **20 Anos de SUS e 15 de Saúde da Família**: Mudando a Saúde do Brasileiro. Brasília: Ano 9, n. 19. Jul/set. 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**. Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. Ed. Brasília: MS, 2009. (série A. Normas e Manuais Técnicos- Caderno de atenção Básica, n° 27).

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: WWW.egem.org.br/.../a9_download.php?...maria_souza_bravo...maria_souza_bravo...publicado em 2007.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 17. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CORREIA. Maria Valeria Costa ET AL, (org.). Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional, São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 20.

DALLARI. Sueli Gandolfi. **A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. Aspectos legais do SUS. In. _____ Brasil. Ministério da Saúde. Informação, Educação e Comunicação. Incentivo à participação popular e ao controle social no SUS. Textos Técnicos Para Conselheiros de Saúde. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde. Informação, Educação e Comunicação, 1994. P18-28.

CORREIO DO ESTADO. Senado aprova Emenda 29. Disponível em: [Correio ...www.correiodoestado.com.br/.../senado-aprova-regulamentacao-da-e...](http://Correio...www.correiodoestado.com.br/.../senado-aprova-regulamentacao-da-e...) publicado em: 7 dez. 2011.

FARIA, Iana Ramalho et al. O Processo de Trabalho em Saúde da Família no Contexto do Interior da Amazônia. *Cogitare Enferm.* 2010 Abr/Jun; 15(2):231-7. Disponível: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/17852.

FILHO, Claudio Bertoli. **Historia em Movimento**. In._____. História da Saúde pública no Brasil. 4. Ed. São Paulo: ática, p. 05-69, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INDRIUNAS, Luís. História da Saúde Pública no Brasil. Disponível em: pessoas.hsw.uol.com.br › Sociedade e Cultura › Serviço público. Acesso em : maio de 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Método e guia do trabalho científico**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2007

LUZ, Madel Therezinha. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”. In._____. **Fundação Nacional de Saúde**. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – projeto GERUS, Brasília, 1995.

MACIEL. Regina Heloísa Mattei de Oliveira e et al. O Multiprofissionalismo em Saúde e a Interação das Equipes do Programa de Saúde da Família. COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL. Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE / UFC / UECE. Fortaleza: 2007. Disponível em: www.observarh.org.br/observarh/.../Multiprofissionalismo_saude.pdf.

MENDES. Isabel Amélia Costa. **Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e Movimento posteriores**. Rev. Latino-na.enfermagem.v.12, n.3, Ribeirão Preto. Mai/jun. 2004.

MELO, Tamara de Oliveira. **Dos impulsos aos desejos**: análise das dificuldades vivenciadas pelos adolescentes atendidos na Unidade Mista (UBSF) de Galante, voltado para a perspectiva da educação sexual e preventiva. Campina Grande, 2009. 96p. Trabalho monográfico. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de saúde no governo Lula. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Saude soc. vol.20 no.2. São Paulo Apr./June 2011.

OLIVEIRA, Suenny Fonseca; ALBUQUERQUE, Francisco José Batista. **Programa de Saúde da Família: Uma Análise a Partir das Crenças dos Seus Prestadores**

de Serviço. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2): 237-246, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf.

PIERANTONI, Célia Regina. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas**. Rio de Janeiro, 2000. 228 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RIBEIRO, Edilza Maria PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G.. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):23-34, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 6. Ed. Rio de Janeiro, DP&A, 2004.

SIGNIFICADOS DE GESTÃO. O que é o conceito e definição. Disponível em: www.significados.com.br/gestao/. acesso em: 08/05 de 2012.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SOUZA, Renilson rehem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: MS, agosto de 2002.