



INTRODUTÓRIO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

INTRODUCTORY TO FAMILY HEALTH TEAMS: CONTRIBUTIONS TO THE STRENGTHENING OF PRIMARY CARE

INTRODUCCIÓN PARA LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA: CONTRIBUCIONES AL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Carine Vendruscolo¹, Leticia de Lima Trindade², Otilia Cristina Coelho Rodrigues³, Édllamar Kátia Adamy⁴, Maria Luiza Bevilaqua Brum⁵

RESUMO

Objetivo: identificar as contribuições do Curso Introdutório para ampliação do conhecimento acerca da Política de Atenção Básica. **Método:** estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com 251 profissionais da Atenção Básica. Os dados foram coletados por meio de questionário com questões abertas e fechadas, antes e após o Curso e analisados com auxílio do software SPSS, posteriormente à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo 142.1712-10. **Resultados:** os resultados evidenciam a feminização das equipes e crença dos profissionais na Estratégia como propulsora de mudanças no cenário da Atenção Básica; conhecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Portaria 648/2006; domínio limitado do Sistema de Informação e dos instrumentos de avaliação das equipes. **Conclusão:** o Curso favoreceu o processo de trabalho, repercutiu na qualidade da atenção e contribui para o fortalecimento das políticas de saúde. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: identifying the contributions of the Introductory Course for expansion of knowledge about the Primary Care Policy. **Method:** a descriptive, cross-sectional study, of a quantitative approach, with 251 professionals in Primary Care. Data were collected through a questionnaire with open and closed questions, before and after the course and analyzed using the SPSS software, after approval of the project by the Research Ethics Committee, protocol 142.1712-10. **Results:** the results show the Feminization of belief and teams of professionals in Strategy as a driver of change in the setting of primary care; knowledge of the principles of the Health System and 648/2006 Ordinance; limited domain information system and tools for evaluating teams. **Conclusion:** the course promoted the work process, reflected in the quality of care and contributes to the strengthening of health policies. **Descriptors:** Primary Health Care; Unified Health System; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar las contribuciones del Curso Introdutorio para la expansión de los conocimientos acerca de la Política de Atención Primaria. **Método:** estudio descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo, conducido con 251 profesionales de la Atención Primaria. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, antes y después del curso y analizados utilizando el software SPSS, después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de la Investigación, el protocolo 142,1712-10. **Resultados:** los resultados muestran la Feminización de la creencia y equipos de profesionales en estrategia como un impulsor del cambio en el contexto de la atención primaria; conocimiento de los principios del Sistema de Salud y Ordenanza 648/2006; sistema de información de dominio limitado y herramientas para la evaluación de los equipos. **Conclusión:** el curso promovido el proceso de trabajo, que se refleja en la calidad de la atención y contribuye al fortalecimiento de las políticas de salud. **Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Sistema de Salud; Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br; ²Enfermeira. Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: letrindade@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Coordenadora da Atenção Básica à Saúde da Gerência de Saúde, Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional de Chapecó/SDR Chapecó. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: otiliacoelho@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: edllamar.adamy@udesc.br; ⁵Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC. E-mail: maria.brum@udesc.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de trabalho das equipes de saúde da família passa por inúmeras mudanças, sobretudo, relacionadas à qualificação dos profissionais, na direção de um modelo de atenção integral e promotor da saúde, com ênfase em práticas que favoreçam a (co)responsabilização e os vínculos (inter)profissionais. Considera-se que o incentivo ao processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos implica na melhora da qualidade e da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (ABS) e, conseqüentemente, na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Saúde da Família, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criado em 1994 e vem como proposta de reorganização e fortalecimento da ABS. Traz consigo a necessidade de profissionais com um perfil diferenciado, preparados para atuação no território, com base no trabalho coletivo, interdisciplinar, com enfoque familiar e comunitário e abordagem de problemas de maneira intersectorial.¹

Desde sua implantação, um dos aspectos mais críticos da ESF reside na escassez de pessoal preparado para atuar nesse nível de atenção à saúde. Essencialmente, a exigência é que os profissionais passem a atuar na ABS fundamentados em uma perspectiva generalista, que considere os problemas e necessidades de saúde da população, o que requer uma série de medidas no campo da formação profissional, desde treinamentos de curta duração até propostas de mudanças nas graduações.²

Em 2007, a Portaria Ministerial nº 1.996 revisa a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual, atualmente, configura-se em estratégia fundamental para a reorientação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde. A proposta é pautada na necessidade de responsabilização dos serviços de saúde com a transformação das práticas dos trabalhadores, por meio da construção do conhecimento comprometido com a realidade social dos sujeitos/cidadãos do cuidado (Brasil, 2007a). A PNEPS recomenda a realização de estudos que identifiquem o impacto das ações, a fim de constatar a atuação mais qualificada dos profissionais, gestores e demais sujeitos sociais, visando a (co)responsabilização para o aprimoramento da saúde pública, em todos os seus níveis de atenção.³

No ano de 2011, a Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESP/SC) da Secretaria de

Estado da Saúde, as Gerências de Saúde das Secretarias de Estado do Desenvolvimento Regional (SDRs) de Chapecó e Xanxerê e as Secretarias Municipais de Saúde dos 46 municípios que compõem as Comissões Intergestores Regionais (CIR) da Macrorregião Oeste deste Estado, ofereceram o Curso introdutório para profissionais das Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atuam na ABS nesta região, de acordo com a Portaria Ministerial nº 648/06 (Brasil, 2006a), que regulamenta a ABS, obedecendo aos conteúdos mínimos definidos pela Portaria Ministerial nº 2.527/06.⁴

Os quatro módulos do Curso problematizaram temas, assim distribuídos: MÓDULO I - A Atenção Básica no contexto das Políticas Públicas de Saúde; MÓDULO II - Atuação interdisciplinar e participação popular; MÓDULO III - O processo de trabalho das Equipes e MÓDULO IV - A Organização dos Sistemas Locais de Saúde. A metodologia das aulas foi orientada de acordo com a problematização da práxis cotidiana das equipes, com a participação multiprofissional dos trabalhadores, na ótica da Educação Permanente em Saúde (EPS). Diante dessa iniciativa, uma das questões emergentes do processo foi: quais as contribuições do Curso introdutório na ampliação do conhecimento dos profissionais acerca do reconhecimento da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde?

Este manuscrito apresenta os resultados de um estudo que objetivou identificar as contribuições do Curso introdutório para ampliação do conhecimento dos profissionais acerca da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNABS)⁵, especialmente no que se refere a mudança no cenário assistencial, domínio do SUS e da Portaria 648/2006, bem como dos Sistema de Informação em Saúde e dos instrumentos de avaliação das equipes.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Este ofertou 88 horas aula, divididas em quatro módulos de atividades de concentração (presenciais), intercaladas por atividades de dispersão (à distância), totalizando, aproximadamente, 370 profissionais inscritos.

Participaram do primeiro momento (M1), que antecedeu o início do Curso introdutório, 320 profissionais de saúde e no segundo momento (M2) que ocorreu quatro meses após o início do Curso, na aula final, 251 profissionais. Estes atuam junto à ESF ou NASF, localizados na Macrorregião Oeste de Santa Catarina, a qual abrange 46 municípios,

compondo duas CIR. Estes municípios contam, atualmente, com 147 equipes de ESF implantadas e 38 equipes de NASF, além de outras estruturas que compõem a rede de saúde, para assistir a população de, aproximadamente, meio milhão de habitantes.⁶ A participação no Curso foi obrigatória para os profissionais que não o realizaram, quando ofertado, anteriormente, em 2008 nesta região, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS).⁴ As atividades ocorreram no horário de trabalho das equipes e foram certificadas pela ESP/SC.

Utilizaram-se como critérios de inclusão para a na pesquisa: incluir profissionais atuantes na ESF ou NASF, que nunca realizaram o Curso introdutório, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que tivessem participado dos dois momentos da coleta de dados. Após aplicação dos critérios restaram 251 sujeitos.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário com perguntas objetivas e subjetivas que avaliavam os conhecimentos dos profissionais de saúde quanto ao SUS e as diretrizes da ESF, assim como as contribuições do Curso introdutório para o processo de trabalho e para o reconhecimento da PNABS. Esse instrumento foi aplicado no primeiro e no último dia da realização do Curso, sendo construído com base em uma revisão bibliográfica prévia. A primeira etapa da coleta de dados foi realizada em maio de 2011 e a segunda em outubro do mesmo ano.

Para organização dos dados os 502 instrumentos foram identificados pela inicial da categoria profissional, M1 para primeiro momento e M2 para o segundo e número de ordem. Os dados quantitativos forma tabulados no Excel e os dados qualitativos dispostos em quatro categorias: conhecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde; da Portaria 648/2006; domínio do Sistema de Informação em Saúde e dos instrumentos de avaliação das equipes.

Os dados quantitativos foram analisados por meio do software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), buscando explorar e verificar o perfil dos participantes do estudo, conhecimentos adquiridos antes e depois da realização do Curso, mediante o uso do Qui-quadrado (X^2) para as variáveis qualitativas e testes estatísticos descritivos (percentual, media, moda e amplitude) pra análise das variáveis quantitativas contínuas. Já os dados qualitativos permitiram ampliar a compreensão dos anteriores.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos recomendados pela Resolução 196/1996 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, sob o número de protocolo 142.1712-10.

RESULTADOS

Participaram dos dois momentos do estudo 251 (71,71%) sujeitos. Desses, 222 (89,52%) são do sexo feminino, 26 (10,48%) são do sexo masculino e dois participantes não reponderam. Houve maior frequência de participantes na faixa etária dos 20 aos 30 anos (52,67%), seguidas da faixa dos 30 aos 40 anos (25,51%), dos 40 aos 50 anos (13,58%), maiores de 50 anos (4,53%) e, ainda identificaram-se profissionais com menos de 20 anos (3,7%). A média de idade dos participantes foi de 30,51 anos, sinalizando a jovialidade dos profissionais que atuam na ESF na macrorregião.

Estudos têm identificado o predomínio de profissionais do sexo feminino, sobretudo entre enfermeiros, nas equipes da ESF.^{7,8} Em relação à faixa etária, as pesquisas têm demonstrado a predominância de idade entre 20 e 30 anos dos profissionais que atuam nas equipes, nos diferentes cenários do território nacional.⁷ Considera-se que essa realidade deve-se à procura de médicos recém formados, ainda sem Cursos de residência médica concluídos, por tal atividade laboral, a qual demanda profissionais generalistas. Em relação aos enfermeiros e demais profissionais da área, observa-se que a ESF tem absorvido grande parte da força de trabalho em saúde no Brasil, por meio de contratos especiais que facilitam os processos de admissão e demissão e permitem que os salários sejam competitivos para categorias específicas, acima daqueles recebidos por profissionais de saúde em outros serviços, igualmente qualificados.⁹

A ESF tem possibilitado a ampliação do mercado de trabalho dos profissionais de saúde, incorporando uma diversidade de categorias profissionais.² Ainda, estudos¹⁰ têm sinalizado que a esfera municipal de saúde é, frequentemente, responsável por 54,2% dos novos postos de trabalho desses trabalhadores, em decorrência do processo de municipalização do sistema de saúde brasileiro.

A tabela 1 permite observar que diferentes categorias profissionais têm atuado nas equipes da ESF. A Estratégia sinaliza a necessidade de apoio de outras categorias profissionais, proposta que orientou a implantação do NASF. Em parte, essa

diversidade e diferença na participação entre as categorias se devem ao Curso estar na sua segunda edição, devido a inclusão do NASF e à rotatividade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais representam um quantitativo sempre mais elevado do que os demais trabalhadores.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos que participaram do estudo por categoria profissional.

Categoria Profissional	n	%
Agente Comunitário de Saúde	126	50,20%
Técnico de Enfermagem	28	11,16%
Outros - trabalhadores dos serviços *	25	9,96%
Enfermeiro	13	5,18%
Odontólogo	10	3,98%
Farmacêutico	8	3,19%
Auxiliar de Enfermagem	7	2,79%
Nutricionista	7	2,79%
Médico	6	2,39%
Em branco	6	2,36%
Fisioterapeuta	5	1,99%
Psicólogo	5	1,99%
Assistente Social	4	1,59%
Fonoaudiólogo	1	0,40%
Total	251	100%

*Trabalhadores de outras áreas (técnicos administrativos, gestores sem formação na área de saúde e motoristas).

A ESF, em conjunto com o NASF, traz nova configuração nos sistemas e serviços de saúde no Brasil, ao reorientar o modelo de atenção no SUS. Estas buscam cumprir os princípios da ABS, propõe maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, maior acesso às ações de saúde e mudança no perfil de morbimortalidade dos brasileiros.^{11,12}

Com o Pacto pela Vida¹³ a PNAB torna-se uma das prioridades do SUS e resgata a necessidade de consolidação e qualificação da ESF como modelo assistencial e centro ordenador das redes de atenção à saúde. Neste contexto, o NASF, cuja implantação iniciou em 2008 (NASF), representa um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população. A inclusão dos novos profissionais de saúde, vinculados às equipes da ESF, aumenta a possibilidade de responder aos

novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros. Os NASF trazem a possibilidade de ampliar a oferta das práticas integrativas e complementares em saúde na ABS.¹¹

Na tabela 1, observa-se que, dos profissionais que compõem a equipe mínima da Estratégia, os médicos, foram os que alcançaram menor representatividade no estudo e os ACS totalizaram cerca de 50% do total de participantes, seguidos da equipe de enfermagem.

A análise da tabela 2 revela que os participantes, na maioria, possuem pouco tempo de experiência profissional na modalidade assistencial, legitimando a importância da realização da capacitação para o trabalho, acompanhamento e suporte das equipes.

Tabela 2. Tempo de atuação dos profissionais.

Tempo de atuação na ESF	n	%
<= 6 meses	32,27%	81
> 6 meses e < 12 meses	11,16%	28
>=12 meses e < 24 meses	33,86%	85
>= 24 meses	13,15%	33
Em branco	9,56%	24
Total	100	251

Ao ter em vista o pouco tempo de experiência desses profissionais e a expansão das equipes da ESF, são necessários investimentos contínuos na formação dos mesmos. Neste cenário, as universidades podem nortear o processo de qualificação profissional condizente com as exigências da ABS no Brasil. Isso depende de mudanças estruturantes na formação, especialmente na área de saúde, ampliação das vagas de residência em saúde da família, bem como

profissionais com perfil para o trabalho com foco na coletividade e no SUS.¹¹

A Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação Permanente em Saúde (SGTES), que compõe o Ministério da Saúde (MS) desde 2003, tem como objetivo equacionar os problemas existentes na área de recursos humanos no campo da gestão do trabalho e da educação, na direção de um efetivo desempenho do SUS. Tal iniciativa pressupõe o MS como gestor federal, conforme articulação de políticas orientadoras da formação e

desenvolvimento de pessoas na área da saúde, a partir do planejamento, gestão e regulação da força de trabalho. Dentre os eixos estruturantes da política da SGTES, encontra-se a PNEPS e sua proposta de ação estratégica a fim de promover a transformação das práticas de saúde, da organização das ações e serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas para formação e desenvolvimento dos trabalhadores.³

Outras estratégias residem na aproximação do MS com o Ministério da Educação, com a qual foram propostos dispositivos designados de “ações estruturantes interministeriais” para a reordenação da formação na área, com vistas à aproximação da universidade com os serviços públicos de saúde. Dentre esses dispositivos, destacam-se: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Telessaúde Brasil, entre outros. Tais mecanismos visam à transformação do ensino com vistas à preparação para o trabalho no SUS.¹⁴

Na sequência são apresentadas as questões emergidas da avaliação realizada com os participantes sobre os principais conteúdos trabalhados no Curso, em destaque: a crença dos profissionais na ESF como propulsora de mudança da ABS e os conhecimentos adquiridos com o Curso acerca dos princípios do SUS e da Portaria 648/2006; a utilização do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e o maior domínio dos instrumentos de avaliação do trabalho das equipes.

● A crença na ESF como propulsora de mudança da ABS e conhecimentos adquiridos com o Curso

No M1, 87,81% dos profissionais acreditavam nos potenciais da ESF como favorecedores da ABS na macrorregião e no país. No M2, após finalização do Curso, o percentual subiu para 94,82% evidenciando que o mesmo fortaleceu a crença dos participantes na modalidade assistencial.

Os profissionais, de maneira geral, referem-se às melhoras na qualidade do sistema de saúde, por meio da maior aproximação com a comunidade, do vínculo das equipes com as famílias e comunidade e da maior acessibilidade aos serviços. Tais expressões contribuem para ampliação do debate e conhecimentos acerca da ABS como principal estratégia de reorientação do SUS.

O entendimento do grupo sobre o SUS, no M1, converge com o ideário de um plano de saúde gratuito, um atendimento a pessoas de

baixa renda e percepções relacionadas aos princípios da universalidade e igualdade da assistência. Ao término do Curso, observou-se sutil mudança na percepção dos profissionais diante dos conteúdos abordados, evidenciando ampliação do entendimento do grupo em relação ao processo de trabalho na ABS, com ênfase no trabalho em equipe e na atenção ao indivíduo e sociedade, de maneira integral. As respostas das questões abertas apontam o SUS como direito social.

Ao longo do processo de reestruturação do modelo assistencial vigente no Brasil visualiza-se que nem sempre os princípios e diretrizes do SUS foram tratados com igual importância. Ao contrário, em cada conjuntura, certa hierarquia de importância se constitui entre eles, quer como reflexo da heterogeneidade no âmbito do movimento sanitário, no que diz respeito à importância dada a este ou aquele princípio, quer como decorrência das opções estratégicas diante de determinados obstáculos políticos.^{15,16} Os princípios da equidade e da universalidade, associados à integração da rede de serviços por níveis de complexidade, buscam garantir os ideários do movimento da Reforma Sanitária.¹⁵ Desse modo, para além de identificar os princípios e incorporá-los aos seus discursos, os profissionais e gestores de saúde da ABS devem utilizá-los como orientadores de suas práticas e, efetivamente, comprometerem-se com eles.

Sobre a Portaria nº 648, que aprova a PNABS¹, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da ABS, para a ESF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), identificou-se um avanço no conhecimento, de 14,06% para 68,13%.

Produto da revisão de edições anteriores da legislação do SUS, a atual Portaria nº 2.488¹⁷, a qual revoga a Portaria 648, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção primária e para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e propõe adequações tendo em vista as transformações presentes no processo de desenvolvimento da ABS do país. Destaca que a ABS deve desenvolver e promover ações individuais e coletivas, articuladamente com uma prática gerencial participativa e democrática, com o enfoque no trabalho de equipe, considerando o contexto em que as populações vivem. Vale lembrar que a Portaria acrescenta a dimensão da singularidade e complexidade dos sujeitos que buscam assistência.^{17,18} Cumpre destacar que a respectiva Portaria foi entendida como um dos principais documentos norteadores das atividades dos profissionais da ESF e busca o fortalecimento da ideia da Saúde da Família

como o eixo estruturante da AB\S, e não apenas mais um programa entre outros propostos pelo MS.

● Utilização do Sistema de Informação em Saúde

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no SUS ganham destaque como instrumentos que permitem identificar o perfil epidemiológico da população brasileira, devem nortear as ações de planejamento, gestão e avaliação dos serviços oferecidos, bem como, possibilitam, em parte, o acompanhamento do desempenho das atividades realizadas no âmbito da Saúde da Família, sua expansão e consolidação.

Sobre os SIS, a pesquisa apontou que 48,75% e 65,34% dos participantes, no M1 e M2, respectivamente, revelaram conhecer e utilizar os Sistemas no cotidiano assistencial.

Dentre os que manifestaram essa afirmação destacaram-se os ACS (M1: 85 ACS - 54,48%/ M2: 95 ACS - 57,92%), seguidos dos membros da equipe de enfermagem, como os trabalhadores que mais utilizam o SIS (M1: 21 técnicos de enfermagem - 13,46%; 17 enfermeiros - 10,89%/ M2: 18 técnicos de enfermagem - 10,97%; 09 enfermeiros - 5,48%).

Os SIS representam uma das formas de registro das atividades das equipes. A enfermagem, frequentemente assume o registro de toda a produtividade, sendo delegadas inclusive, as atividades realizadas pelos médicos. Tais Sistemas têm sido utilizados para qualificação do registro de importantes subsídios para o trabalho das equipes em nível local, com vistas a reorganização e definição das ações de saúde, e ainda, podem ser considerados instrumentos auxiliares para a descentralização do SUS.

Constatou-se que a utilização dos SIS é desigual entre os diferentes cenários e atores da prática assistencial, e muitas vezes as informações não retratam a realidade ou são empregadas como norteadoras dos serviços e práticas em saúde.

As tecnologias de informação na ABS são consideradas pela equipe, no momento de sua implantação, como fontes de aumento das cargas de trabalho. Contudo, após sua adaptação, conhecimento e domínio para o uso, se tornam fontes de redução da carga de trabalho, pois conferem mais segurança e qualidade aos serviços.¹⁹

Parte das limitações para o uso dos SIS se deve a presença incipiente da educação permanente, o que gera desde limitações no envolvimento da equipe até o total desconhecimento pelos profissionais da ESF.

Cabe ressaltar a importância de SIS como instrumento de reorganização do processo de trabalho e base fundamental de dados para a ABS, mesmo que sua utilização pelos profissionais seja desigual e incipiente, quando comparada as suas possibilidades de uso.²⁰

● Domínio dos instrumentos de avaliação do trabalho das equipes

A avaliação de políticas e programas sociais é vista pelos especialistas como procedimentos estratégicos e indispensáveis para dar transparência às ações públicas, democratizar o Estado e a sociedade civil, conhecer as políticas e compreender o Estado em ação, orientando modificações na implementação e nos resultados do SUS.

A maioria dos profissionais, ao serem questionados acerca dos instrumentos de avaliação e acompanhamento do seu trabalho, no M1 (53,44% -171 participantes) afirmou não conhece-los. Um número representativo se absteve da pergunta (10,94%, 35 participantes). No M2 o percentual de participantes que continuava sem compreensão dos instrumentos caiu para 26,69%. As abstenções foram mantidas entre 9,56% dos sujeitos. Esses dados demonstram que os profissionais passaram a conhecer os instrumentos de avaliação do trabalho das equipes, no entanto um número representativo de participantes permaneceram sem compreendê-los e ou se abstiveram.

A fragilidade no conhecimento dos instrumentos de avaliação por parte dos profissionais de saúde é apontada na literatura como aspecto limitante para a tomada de novas intervenções e criação de dispositivo que possam fornecer informações válidas e legítimas, capazes de qualificar a gestão do SUS.²⁰

Ao considerar os instrumentos de avaliação como estratégias utilizadas no início, meio e fim de um processo, as quais norteam o planejamento e a gestão das ações de saúde, compreendeu-se que as equipes devem apropriar-se desses instrumentos e conhecimentos para reordenar suas atividades de forma a contemplar as necessidades do público que assistem.

CONCLUSÃO

Em síntese, a pesquisa revelou que o Curso elevou a crença dos profissionais nos potenciais da ESF como fortalecedora da ABS na região em que atuam, ampliou a compreensão do processo de trabalho nessa modalidade assistencial, dos princípios

norteadores do SUS e da Portaria 648, como principal documento norteador das atividades das equipes, contudo, o Curso potencializou de forma limitada o domínio dos SIS, o que, em parte, se justifica pela dificuldade de domínio das tecnologias e pelo acesso desigual à estas, entre os participantes.

Os achados confundiram que o apoderamento dos instrumentos de avaliação e acompanhamento do trabalho permanece sendo um problema para os profissionais, sendo este um aspecto pouco alcançado pelo Curso e algo que precisa de investimentos por parte dos gestores da política, em território nacional.

As preocupações que marcam o campo da EPS conquistam *status* de política central nas esferas de gestão do SUS e sinalizam potencial para consolidar o Sistema, contudo, na macrorregião investigada, fica evidente que ainda é preciso avançar no sentido de fortalecer a responsabilização da gestão e a participação das instituições formadoras nos processos de EPS. Essa afirmação é decorrente das fragilidades encontradas no estudo: questões em branco, número de profissionais que desistiram da pesquisa (M2) e falta de outros estudos para comparações.

Pressupõe-se que os resultados desta pesquisa serão importantes para fortalecer as ações de EPS na região, por meio de subsídios que fundamentarão outras iniciativas de formação permanente, voltadas para o constante aprimoramento dos profissionais que atuam na ABS.

Embora a metodologia do Curso, proposto em módulos e com base na problematização do cotidiano do serviço, pareça favorecer a incorporação dos conteúdos a prática laboral das equipes, considera-se a necessidade de outras pesquisas de cunho avaliativo, a fim de medir o seu impacto na qualificação do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Portaria no 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Campos FE, Haddad AE, Pierantoni CR, Brenelli SL, Cury GC, Morita MC, et al. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró Saúde. In: Pierantoni CR, Viana ALA (org.) Educação e Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 25-36.
3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
6. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Gerência de Atenção Básica. Florianópolis; Brasil. 2012. Available from: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=203&Itemid=164
7. Cotta RMM, Schott M, Machado AC, Castro FSC, Eloísa PS, Glauce D. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2006 [cited 2013 June 19];15(3):7-18. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt
8. Gil CRR. Formação de reCursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2013 June 19];21(2):490-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=en&nrm=iso
9. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. The Lancet [Internet]. 2011 [cited 2013 June 19];6:90-102. Available from: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>
10. Machado MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Barros AFR. Observatório de reCursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
11. Mendonça GS. Saúde da Família, agora mais do que nunca. Ciên saúde Coletiva [Internet]. 2009 [cited 2013 June 19];14(1):1493-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022&lng=en

12. Facchin LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciên saúde Coletiva [Internet]. 2006 [cited 2013 June 19];11(3):669-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en
13. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de março de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
15. Cohn A. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2013 June 19];24(1):23-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300006&lng=en&nrm=iso
16. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface [Internet]. 2009 [cited 2013 June 19];13(1):771-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso
17. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Pereira MJB, Fortuna CM, Mishima SM, Almeida MCP, Matumoto S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 June 19];62(5):771-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500022&lng=en&nrm=iso
19. Trindade LL. Implicações de dois modelos assistenciais em saúde nas cargas de trabalho dos profissionais da Atenção Básica [Tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2011.
20. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2013 June 19];13(4):547-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=en&nrm=iso

Submissão: 11/09/2015

Aceito: 19/07/2016

Publicado: 01/09/2016

Correspondência

Carine Vendruscolo
Rua Martinho Lutero, 975 E
Bairro São Cristóvão
CEP 89803-300 -- Chapecó (SC), Brasil