



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADOLFO COSTA BASÍLIO DA SILVA JÚNIOR

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE DOCENTES VINCULADOS À ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Teresina
2018

ADOLFO COSTA BASÍLIO DA SILVA JÚNIOR

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE DOCENTES VINCULADOS À ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado -TCM
apresentado ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde
da Família.

Área de concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família.

Orientadora: Profa. Dra. Lucíola Galvão
Gondim Corrêa Feitosa.

Teresina
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

S586c Silva Junior, Adolfo Costa Basílio da.

Formação profissional da docentes vinculados à estratégia saúde da família / Adolfo Costa Basílio da Silva Junior. – Teresina: Uninovafapi, 2018.

Orientador (a): Prof. Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2018.

82. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2018.

1. Saúde da família. 2. Pessoal de Saúde. 3. Formação Profissional. I.Título. II. Feitosa, Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa.

CDD 614.068

ADOLFO COSTA BASÍLIO DA SILVA JÚNIOR

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE DOCENTES VINCULADOS À ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

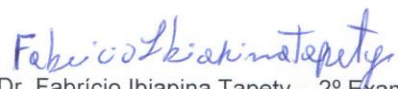
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, como
requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

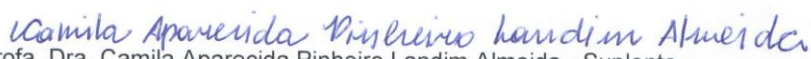
APROVADO EM: 14.06.2018

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa - Orientadora/Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ


Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura - 1ª examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety - 2º Examinador
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ


Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

DEDICATÓRIA

Dedico esse mestrado à professora Ms. Vanessa Hidd Basilio, minha estimada esposa, pelo seu inextinguível amor e companheirismo durante a nossa vida, pelos nossos filhos Adolfo Hidd e Lysa Hidd, e pelas contribuições dadas no decorrer desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a DEUS, pela minha vida e pela paz que sempre me concedeu.

À Professora Doutora Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa pela orientação e, sobretudo pelas incansáveis contribuições, corrigindo e me motivando sempre.

À Professora Doutora Eliana Campêlo Lago, pelo incentivo e pela positividade repassada no andamento do mestrado.

Aos demais professores, que usando de pedagogia exemplar, puderam sanar minhas incontáveis dúvidas na construção desta dissertação.

À Gelsemânia Barros Martins Carvalho, da Coordenação do Mestrado em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo tratamento gentil que me foi concedido no decorrer desta pesquisa.

Aos meus colegas mestrandos, pelo companheirismo e pelo notório espírito de ajuda, o que me deu forças para prosseguir com esta caminhada.

“É importante preparar o homem por meio de uma educação autêntica: uma educação que liberte, que não adapte, domestique ou subjuguem”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: A abordagem de que a formação em saúde configura-se como a principal estratégia para que os profissionais da ESF possam adquirir ou aperfeiçoar sua formação para atuação na perspectiva integral da saúde, constituiu o cerne deste estudo. Nessa concepção, a realização dessa pesquisa se justificou pela necessidade de se refletir acerca da formação dos profissionais que atuam concomitantemente na docência superior e na ESF, vislumbrando uma possível atuação integral da saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação, partindo-se objetivamente da análise da formação especializada dos professores de uma instituição de ensino superior e sua atuação na ESF. **Objetivos:** Caracterizar os docentes de uma instituição de ensino superior quanto aos aspectos sociodemográficos relacionados à formação acadêmica e profissional. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, tendo como participantes professores de uma IES que são vinculados a ESF. Como instrumentos de pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturado, orientado ao público-alvo da investigação, além da consulta à plataforma lattes dos currículos dos entrevistados, com o propósito da apreensão e análise das capacitações realizadas por cada um dos profissionais. Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados obtidos indicaram que todos os investigados possuem cursos de pós-graduação na área da saúde da família; tempo de atuação que possibilita conhecimentos de saúde na perspectiva integral dos princípios do SUS; comprometimento com a assistência prestada às comunidades de usuários da ESF; reconhecimento das contribuições que a formação continuada trouxe para as mudanças nas práticas mobilizadas pela equipe. Constatou-se também que o itinerário formativo na graduação dos profissionais de saúde não pode contemplar apenas a formação clínica específica, mas deve abordar conteúdos disciplinares que direcionem a atenção ao indivíduo como um todo, abrangendo também o meio físico, o contexto sócio econômico e afetivo das famílias assistidas. **Conclusão:** Com o estudo pode-se constatar a relevância da qualificação na formação profissional e no desenvolvimento de novas competências e habilidades para que os sujeitos da investigação possa atuar na perspectiva integral da saúde. Como produto da pesquisa, foi elaborado um vídeo informativo direcionado aos professores de saúde do ensino superior, com o título “Reflexões sobre a prática pedagógica no ensino superior e a estratégia de saúde da família. O vídeo aborda a relevância da educação e dos docentes no processo de mudança da atuação do profissional de saúde, provocando reflexões sobre a práxis pedagógica e a ESF.

Palavras-chave: Saúde da Família. Pessoal de Saúde. Formação Profissional

ABSTRACT

Introduction: The approach that health education is the main strategy for the professionals of the FHT to acquire or improve their training to act in the integral perspective of health, was the core of this study. In this conception, the realization of this research was justified by the need to reflect on the training of the professionals who work simultaneously in higher education and in the FHT, looking for a possible integral action of health, through actions of promotion, prevention and recovery, Objective: To characterize the teaching staff of an institution of higher education regarding the sociodemographic aspects related to academic and professional formation. METHODS: This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, having as participants teachers of an HEI that are linked to FHS. As research instruments, a semi-structured interview itinerary was used, aimed at the target audience of the research, in addition to consulting the platform of the interviewees' curricula, with the purpose of apprehending and analyzing the training performed by each of the professionals. It was used the Bardin content analysis. Results: The results obtained indicated that all the investigators have postgraduate courses in the area of family health; time of action that enables health knowledge in the integral perspective of SUS principles; commitment to the assistance provided to ESF user communities; recognition of the contributions that continued training has brought to the changes in the practices mobilized by the team. It was also verified that the formative itinerary in the graduation of the health professionals can not only contemplate the specific clinical formation, but must address disciplinary contents that direct the attention to the individual as a whole, also covering the physical environment, the socioeconomic and affective context of the families assisted. Conclusion: The study can verify the relevance of the qualification in the professional formation and the development of new skills and abilities so that the subjects of the investigation can act in the integral perspective of health. As a research product, an informative video was designed for higher education health teachers, entitled "Reflections on Pedagogical Practice in Higher Education and Family Health Strategy. The video discusses the relevance of education and teachers in the process of changing the performance of the health professional, provoking reflections on pedagogical praxis and ESF.

Keywords: Family Health. Health Personnel. Vocational Training

RESUMÉN

Introducción: El enfoque de que la educación para la salud es la estrategia principal para que los profesionales de la ESF adquieran o mejoren su capacitación para actuar en la perspectiva integral de la salud, fue el núcleo de este estudio. En esta concepción, la realización de esta investigación se justificó por la necesidad de reflexionar sobre la formación de los profesionales que trabajan simultáneamente en la educación superior y en la ESF, buscando una posible acción integral de salud, a través de acciones de promoción, prevención y recuperación. **Objetivo:** caracterizar al profesorado de una institución de educación superior en relación con los aspectos sociodemográficos relacionados con la formación académica y profesional.

MÉTODOS: Este es un estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, teniendo como participantes docentes de una IES que están vinculados a la ESF. Como instrumentos de investigación, se utilizó un itinerario de entrevista semiestructurada, dirigido al público objetivo de la investigación, además de consultar la plataforma de lattes de los currículos de los entrevistados, con el fin de aprehender y analizar la capacitación realizada por cada uno de los profesionales. Se usó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** los resultados obtenidos indicaron que todos los investigadores tienen cursos de postgrado en el área de salud familiar; tiempo de acción que permite el conocimiento de la salud en la perspectiva integral de los principios del SUS; compromiso con la asistencia prestada a las comunidades de usuarios del FSE; reconocimiento de las contribuciones que la capacitación continua ha llevado a los cambios en las prácticas movilizadas por el equipo. También se verificó que el itinerario formativo en la graduación de los profesionales de la salud no solo puede contemplar la formación clínica específica, sino que debe abordar los contenidos disciplinarios que dirigen la atención al individuo como un todo, cubriendo también el entorno físico, socioeconómico y afectivo contexto de las familias asistidas. **Conclusión:** el estudio puede verificar la relevancia de la calificación en la formación profesional y el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades para que los sujetos de la investigación puedan actuar en la perspectiva integral de la salud. Como producto de investigación, se diseñó un video informativo para docentes de educación superior titulado "Reflexiones sobre la práctica pedagógica en educación superior y estrategia de salud familiar." El video trata sobre la relevancia de la educación y los docentes en el proceso de cambio del desempeño del profesional de la salud, provocando reflexiones sobre la praxis pedagógica y el FSE.

Palabras clave: Salud de la familia. Personal de la familia. Formación Profesional

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores
IDA	Programa de Integração Docente Assistencial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Nacional de Seguridade Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB/RH/ SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
PAB	Política de Atenção Básica
PITS	Programas de Residência Médica e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão da Saúde da Família
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde
APS	Atenção primária à saúde
IES	Instituição de Nível Superior

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização do problema	11
1.2	Objeto do estudo	13
1.3	Questão norteadora	13
1.4	Objetivos	13
1.5	Justificativa e relevância	13
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	Políticas públicas de saúde no Brasil: uma abordagem Histórica	16
2.1.1	O Sistema Único de Saúde (SUS)	24
2.1.2	Estratégia Saúde da Família	27
2.2	Mudanças estruturais no perfil de formação do profissional de saúde	31
2.2.1	A formação profissional para a atuação integral à saúde	36
3	MÉTODOS	40
3.1	Natureza do estudo	40
3.2	Cenário do estudo	40
3.3	Participantes do estudo: critérios de inclusão e exclusão	41
3.4	Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	41
3.5	Organização e análise dos dados	42
3.6	Elaboração do produto	42
3.7	Aspectos éticos e legais	42
3.7.1	Riscos e benefícios	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1	Manuscrito – Formação profissional de docentes vinculados à Estratégia Saúde da Família	44
4.2	Produto – Vídeo informativo com o tema “Reflexões sobre a prática de ensino superior e a Estratégia Saúde da Família (ESF)”	59
5	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES	72
	ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As abordagens acerca do desenvolvimento dos profissionais da Estratégia Saúde de Saúde da Família (ESF) para atuação na perspectiva integral da saúde remetem ao entendimento de que, as exigências sociais no âmbito da saúde como consequência das novas demandas do mundo do trabalho, acarretam na necessidade de uma formação especializada e de qualidade (BRASIL, 2012).

O dinamismo dos conceitos e práticas de educação e a reconfiguração do modelo assistencial de saúde, em face das mudanças socioeconômicas que afetam todos os setores da sociedade estão influenciando, num ritmo acelerado, a abertura de espaços para a formulação e a ampliação de processos formativos destinados à qualificação e ao desenvolvimento profissional.

Nessa perspectiva o papel da educação no processo de formação profissional dos atores que atuam no âmbito da saúde e, neste contexto, na Estratégia Saúde da Família, é extremamente estratégico. Percebe-se a necessidade de um profissional com determinado perfil para o trabalho de Saúde da Família.

Esse profissional não pode se centrar apenas na sua formação clínica específica, mas deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, para além do recorte do seu corpo ou órgão, abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas.

Costa (2009) assinala que os desafios para a mudança na formação de recursos humanos têm como pano de fundo o processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua política de reorientação das ações e serviços, mediante o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do seu compromisso com a prestação da assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população. No mesmo entendimento, Campos *et al.* (2011) pontuam que, na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, o SUS e a ESF assumem o papel de interlocutores, pressupondo uma renovação pedagógica a partir da convergência das atividades educativas com o cotidiano e com a realidade social e de saúde do país.

Marsiglia (2004) ressalta que, em função disso, variadas instâncias, aparatos legais, mecanismos e estratégias político-organizativas, conectados com princípios de inovação no campo da educação e no processo ensino-aprendizagem, vêm sendo discutidos, formulados e implementados, no sentido de qualificar recursos humanos, tornando-os profissionais de saúde comprometidos com as exigências atuais do sistema de saúde, dos seus princípios e diretrizes e do desenvolvimento da ESF no espaço do SUS.

As reflexões ressaltam a importância e a necessidade de mudanças na formação profissional em saúde no contexto da atenção básica e integral. Costa (2009) destaca que as mudanças ocorridas nas duas últimas décadas nos paradigmas da educação, da organização da saúde e no mundo do trabalho, mediadas pelas revoluções econômicas, políticas, sociais e culturais mundiais, estão provocando uma grande movimentação no processo de formação profissional.

Levando-se em consideração as perspectivas de que a saúde da família está efetivamente incorporada à atenção básica, é de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes, acreditando-se que o desenvolvimento de competências e habilidades desses profissionais possibilite um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

No entanto, é importante salientar que, a maioria dos profissionais foi formado segundo um modelo biomédico de atuação dentro de uma perspectiva de ações centradas exclusivamente na patologia, o que produziu por muito tempo, profissionais com formação deficiente na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/ SUS), documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema (BRASIL, 2012).

1.2 Objeto do estudo

Formação profissional de docentes vinculados na Estratégia Saúde da Família

1.3 Questão norteadora

Como se caracteriza a formação de docentes vinculados à Estratégia Saúde da Família?

1.4 Objetivos

- Caracterizar os docentes de uma instituição de ensino superior quanto aos aspectos sociodemográficos e relacionados à formação acadêmica e profissional.
- Elaborar um vídeo auto explicativo com o título “ Reflexões sobre a prática do ensino superior e a Estratégia de Saúde da Família – ESF, direcionado para docentes da área de saúde do ensino superior.

1.5 Justificativa e relevância

Como produção acadêmico-científica este estudo se justifica a partir do seu foco de estudo: a formação como instrumentos para consolidação do Sistema Único de Saúde e Programa de Saúde da Família, apresentados neste contexto como um conjunto de processos técnicos e sociais.

Dessa forma a construção deste estudo é justificada pela necessidade de se refletir acerca da formação dos professores do UNINOVAFAPI que atuam concomitantemente na ESF, que permitam com que tais profissionais possam atuar na perspectiva integral da saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

As abordagens acerca da formação de recursos humanos neste trabalho, buscam analisar a formação dos profissionais a partir da realização de estudos sistematizados, catalogação de material bibliográfico, leitura de textos, artigos, dissertações de mestrado, outras publicações e processos que se tornaram

indispensáveis para a construção deste estudo

Nessa perspectiva, demonstram sua relevância na construção do conhecimento e na apropriação de saberes acerca dos desafios para mudar as formas de pensar e agir sobre o processo de formação dos professores de uma IES que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Teresina – PI.

A contribuição social da pesquisa se fez presente no fato de poder-se apresentar à comunidade acadêmica interessada em ampliar seus conhecimentos, à sociedade e aos demais órgãos institucionais de produção do conhecimento, um estudo a respeito da importância da formação de recursos humanos para atuar na perspectiva integral da saúde da família.

Destaca-se relevância desta pesquisa em função do tema que vem sendo amplamente discutido no âmbito da Saúde Pública com perspectivas de contribuir através de uma pesquisa orientada e direcionada aos objetivos propostos neste trabalho, para o fortalecimento da atenção primária à saúde através do desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), fato que nos conduziu a desenvolver este estudo investigativo.

O trabalho encontra-se estruturado em capítulos sequenciais que abordam a caracterização dos docentes de uma IES e que atuam simultaneamente na estratégia de saúde da família (ESF), na perspectiva integral da saúde”.

Assim, no Capítulo 2, referencial temático, aborda-se as políticas públicas de saúde no Brasil a partir de uma abordagem histórica com foco ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Estratégia Saúde da Família. Apresentam-se também as mudanças estruturais ocorridas no perfil de formação do profissional de saúde para atuação na equipe de profissionais da ESF.

O Capítulo 3 apresenta o método com descrição do tipo de estudo, período do estudo, cenário do estudo, participantes do estudo com os critérios de inclusão e exclusão, instrumento para coleta de dados, análise dos dados, aspectos éticos e legais e riscos e benefícios da pesquisa.

Os resultados encontram-se expressos no capítulo 4 com apresentação do Manuscrito científico sobre “Formação profissional de docentes vinculados à Estratégia de Saúde da Família” e do Produto do estudo a partir de um vídeo informativo com o tema “Reflexões sobre a prática do ensino superior e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)”.

Em seguida, apresenta-se a conclusão do estudo.

Ao final, os referenciais bibliográficos que nortearam o marco teórico do estudo.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Políticas públicas de saúde no Brasil: uma abordagem histórica

Nesta unidade, é realizado uma contextualização histórica sobre as políticas de saúde pública no Brasil, onde a princípio, é conveniente destacar que o processo de formação econômica e cultural ocorridos inicialmente no país foi marcado pela quase inexistência de tais políticas (MORGAN, 2014).

Se remontarmos a história do Brasil com foco ao período colonial, há de se encontrar na literatura que o Estado brasileiro, desde o período do Brasil colônia, quando era de domínio da Coroa Portuguesa, não estava preocupado com o bem estar na sociedade, como implantar políticas em benefício do social, mas sim em explorar as riquezas do território e levar para Metrópole. Nesse período, o papel de cuidar do social competia somente a Igreja Católica segundo o que assevera Faoro (2015) contando a formação do patronato político brasileiro.

De acordo com o estudo de Rosen (2014) naquela época, a Saúde Pública no Brasil passou a ser calcada em intervenções engendradas na corrente de pensamento do sanitarismo, que se operacionalizava no âmbito urbano das cidades, com a comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos. Essas medidas eram promovidas pontualmente sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época.

Avançando no tempo e aportando já no período republicano, constata-se que mesmo com Proclamação da República não ocorreram mudanças significativas em relação às políticas públicas e na área da saúde, poucos foram os avanços que puderam ser notados pela sociedade.

De acordo com o que atesta Meksenas (2012, p. 108) durante o período de transição “da Colônia à República, as ações institucionais da Igreja católica apareceram no cuidado com os órfãos, viúvas, ou na atenção médica das Santas Casas, das coletas e da distribuição de esmolas”.

A história remonta um período em que com a vinda de incontável número de pessoas, as condições sanitárias para a sua recepção e permanência no Brasil tornaram-se cada vez mais difíceis. Esse fato, aliado à falta de políticas sociais e de

saúde pertinentes, acabou por resultar na eclosão de epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras (ROSSI, 2013).

Evoluindo-se na apresentação do cenário histórico, chega-se ao ano de 1920, período em que o Estado brasileiro assumiu o caráter de desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário (SANTOS JÚNIOR, 2013).

Desta feita, segundo o que descreve Bacelar (2013, p. 47) em apontamentos sobre as políticas públicas no Brasil, suas heranças, tendências e desafios:

As políticas públicas estavam voltadas para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, sem, no entanto, transformar as relações de propriedade na sociedade brasileira ou mesmo preocupar-se com o bem-estar da população.

Clarificando esse postulado, Santos Júnior (2013, p. 12) assinala que:

Essencialmente, o que caracterizava o Estado brasileiro nesse período (1920-1980) era seu caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. Não era um Estado de Bem-Estar Social. O Estado era o promotor do desenvolvimento e não o transformador das relações da sociedade. Um Estado conservador que logrou promover transformações fantásticas sem alterar a estrutura de propriedade, por exemplo. Nessa fase, o grande objetivo do Estado brasileiro era consolidar o processo de industrialização. Desde o começo do século, optou-se pela industrialização. A grande tarefa era consolidar esse processo e fazer do Brasil uma grande potência. Assim, o grande objetivo era de ordem econômica: construir uma potência intermediária no cenário mundial. O Estado desempenhava a função de promover a acumulação privada na esfera produtiva. O essencial das políticas públicas estava voltado para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, o que era pretendido pelo Estado brasileiro, sem a transformação das relações de propriedade na sociedade brasileira.

Percebe-se uma relação imediata entre a evolução histórica das políticas de saúde, a evolução político-social e evolução econômica da sociedade brasileira. Tal fato decorre de uma nova postura do governo frente aos avanços do capitalismo e, por consequência, sofrendo as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

Com abordagens sobre a história da saúde pública no Brasil, Bertolli Filho (2016, p. 104) disserta que:

Desde o descobrimento até a instalação do império, o Brasil não dispunha de nenhum modelo, ou mesmo, qualquer política voltada à saúde da população. Assim, a atenção à saúde ficava limitada aos recursos disponíveis da terra, tais como plantas, ervas e por pessoas que, através de conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as habilidades na

arte de curar. Todavia, com a vinda da família real ao Brasil, criou-se a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Rememorando a história, encontrou-se nos referenciais de Souza (2016, p. 41) que em 1808, Dom João VI fundou o Colégio Médico Cirúrgico junto ao Real Hospital Militar da cidade de Salvador, na Bahia.

O aludido autor acrescenta ainda em seus referenciais que:

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas às atribuições sanitárias mínimas e ao controle de navios e saúde dos portos, tendência que se alongou por quase um século. Em detrimento à carência de assistência médica estruturada, proliferaram-se os chamados boticários, espécie de farmácia, cuja competência deveria ser restrita à manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los.

Em continuidade a trajetória das políticas públicas no Brasil ao longo dos anos, que em alguns períodos da história, especificamente no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da República Velha, iniciativas mais concretas que possam ser consideradas como ações de políticas públicas de saúde são visíveis entre o fim da monarquia e o início da República Velha, como ações de políticas públicas de saúde através da criação de normas e organizações sanitárias, mudando as práticas dominantes até então.

No entanto, convém destacar que de acordo com o que salienta Polignano (2016, p, 82):

Tal conjunto de práticas sanitárias só foi criado em função do quadro sanitário caótico em que se encontravam as principais cidades brasileiras na época, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, tais como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste. Esse quadro de saúde pública acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da precária situação sanitária existente na cidade.

Nessa abordagem histórica, ressalta-se a figura exemplar do médico sanitarista Oswaldo Cruz que como diretor geral de saúde pública, implantou de forma progressiva no Brasil instituições públicas de higiene e saúde introduzindo no sistema de saúde da época, campanhas sanitárias, destinadas a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (IYDA, 2014).

Nessa perspectiva, Bertolli Filho (2016, p. 109) atesta que o modelo campanhista adotado por Oswaldo Cruz, “adotava um estilo repressivo, acompanhado pela vigilância policial e foi recebida com desconfiança e medo pela população”. Ainda de acordo com os escritos do autor, “isso porque, frequentemente, a população da época sofria as ações violentas da polícia que reproduzia as práticas opressoras empregadas pelo regime oligárquico contra os protestos coletivos”.

Na contramão do processo mesmo que o tempo tenha se passado, em 1904 a institucionalização da obrigatoriedade da vacinação antivaríola em todo o território nacional a partir da promulgação da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, fez emergir o movimento conhecido como a “Revolta da Vacina” com manifestações populares contra o modelo de saúde vigente (FERREIRA, 2014).

Segundo o que ainda aponta Polignano (2016, p, 83):

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, e tornou-se hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas. No entanto, em relação à assistência médica individual, pouca coisa mudara no período. As classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, enquanto o restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira.

Ainda segundo o autor, entre os principais avanços em relação à política de saúde no Brasil, tem-se:

A criação da Previdência Social no Brasil em 1923 (Lei Elói Chaves) e, posteriormente, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). As CAPs, organizadas pelas empresas, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões apenas aos funcionários vinculados às empresas. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde e, a partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Ressalta-se que o modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, isto é, tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência – aqueles “com carteira assinada”. Em 1948, o governo federal formula o Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE) e, em 1953, ainda sob a influência do Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que se dedica às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária (POLIGNANO, 2016, p, 85).

De maneira progressiva, percebe-se que após a Segunda Guerra mundial o Estado passou a intervir no setor saúde financiando, mesmo que de forma precária,

a assistência à saúde da população. Segundo o que argumentam Junior e Junior (2016), o Estado passou a intervir no setor saúde financiando, mesmo que de forma precária, a assistência à saúde da população.

Nesse período, a política de saúde existente calcava-se em ações voltadas à saúde pública, centralizada na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Os referidos autores contribuem ainda ressaltando que:

Esse modelo de saúde pública, que vigorou até meados de 1960, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, nem mesmo, reduzir as taxas de morbidade e mortalidade infantil e adulta elevadas à época, sendo, gradativamente, substituído pela medicina previdenciária (JUNIOR e JUNIOR, 2016, p. 71).

Reverendo-se a história já em 1964 com o notório Golpe Militar, as incipientes políticas de saúde novamente sofrem alterações expressivas em sua estrutura. Nessa conjuntura política, Bertolli Filho (2016, p. 112) explica que, “por imposição do Ministério da Saúde, as verbas destinadas à saúde pública, aumentadas na primeira metade da década de 60, decresceram até o final da ditadura”.

O autor ainda tece o comentário de que, no entanto, mesmo com a divulgação de que a saúde era um importante fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico, o Ministério da Saúde privilegiava ações de saúde individualizadas e não como fenômeno coletivo (BERTOLLI FILHO, 2016).

Nesse período um fato marcante da saúde pública brasileira eclode diante da sociedade: a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores (IAPs), com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ficava estabelecido com o feito que exceto os trabalhadores do mercado informal de trabalho, todos os demais passaram a ser cobertos pela Previdência Social (BERTOLLI FILHO, 2016).

A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que privilegiava a contratação de serviços de terceiros, em detrimento de serviços próprios, fortalecendo a privatização do setor de saúde e de acordo com Cunha e Cunha (2013), durante esse período, a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados foram financiados com recursos da Previdência Social favorecendo o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de

serviços médicos, em que a lógica da lucratividade se sobreponha ao da prerrogativa da saúde ou da cura de sua clientela.

A história se conta em períodos e já em 1974 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), desmembrando-o do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) no governo que naquela época era militar (CUNHA; CUNHA, 2013).

Na mesma literatura dos autores encontrou-se que o INAMPS objetivava a prestação de atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social e dispunha de estabelecimentos próprios, muito embora a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada, com as quais estabeleciam convênios prevendo a remuneração por procedimento, consolidando assim, a lógica de cuidar da saúde e não da doença (CUNHA; CUNHA, 2013).

Transformações significativas ocorreram no cenário nacional e que culminaram com a institucionalização através de lei do Sistema Nacional de Saúde, que, embora possuísse ideias inovadoras, reforçava a dualidade do setor saúde, uma vez que ao Ministério da Saúde competiam questões normativas e ações na área de interesse coletivo e, ao Ministério da Previdência, a responsabilidade pelo atendimento individualizado de acordo com o que assevera Cunha e Cunha (2013).

Nesse contexto de transformações, os aludidos autores ressaltam ainda que:

Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira o que culminou, em 1978, com criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). A criação do SINPAS tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência. Muito embora o SINPAS objetivasse regulamentar o Sistema Nacional de Saúde, na verdade não havia propriamente um sistema, apenas ações de saúde desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração (CUNHA; CUNHA, 2013, p. 139).

Em meio a tantos acontecimentos, um chama atenção por ter nascido no meio acadêmico como forma de oposição técnica e política ao regime militar. M 1970, o movimento chamado de Reforma Sanitária veio a tona em paralelo à criação do INSS e SINPAS (COHN; ELIAS, 2013).

Ainda de acordo com o que descrevem os autores, tal movimento contou com o apoio de outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época.

Em 1979, instituiu-se a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados que promoveu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Ao longo da década de 1980 o INAMPS passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (COHN; ELIAS, 2013).

Acompanhando-se a evolução do processo histórico chega-se à década de 1990 com perspectivas de transformações positivas no cenário da saúde brasileira. Foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), dessa vez, aberta à sociedade. Da CNS resultou a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais (COHN e ELIAS, 2013). No entanto, a maior contribuição atrelada a 8ª CNS de 1986, foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde¹" na Constituição brasileira de 1988 de acordo com o que atestam em seus referenciais Cohn e Elias (2013). Indubitavelmente, a Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado".

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado de forma gradativa. Teve início com a implantação do SUDS, seguido pela incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, em 1990, e, por fim, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Quadro 1 – Retrato histórico dos principais acontecimentos das Políticas de Saúde no Brasil.

Período	Acontecimentos
1500-1896	Durante esse período, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população. A atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. No Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em 1808 Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador.
1897-1930	Assistência à saúde limitada a ações de saneamento e combate de endemias. Modelo de política pública de saúde agrário-exportador garantindo condições de saúde para os trabalhadores envolvidos na produção e exportação.
1923	Surge a Previdência Social criando as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão). Anos depois criam-se as IAP (Institutos de Aposentadoria e Pensão) abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. A assistência médica era baseada no vínculo trabalhista.
1930	Até 1930 as ações em saúde eram de caráter coletivo. A partir dessa década a ênfase do governo passa a ser a assistência médica individualizada.
1948	É criado Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia).
1953	Criação do Ministério da Saúde.
1966	Acontece a fusão dos IAP da onde surge o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).
1970	Política de saúde polarizada entre duas vertentes: Ações de caráter coletivo (vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária) sob responsabilidade do Ministério

	da Saúde e assistência médica individual centrada no INPS. Assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. Ampliação da abrangência previdenciária Criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)- início da mobilização social que originou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) Surge o PPA e o FAS para enfrentar a crescente demanda curativa *PPA desburocratizou o atendimento de urgência sendo o início da universalização do atendimento.
1975	Primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde. Dava-se pouca atenção aos atendimentos primários.
1976	Criação do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) evidenciando a necessidade de atenção primária e com o objetivo de levar esse tipo de assistência às comunidades carentes com o envolvimento da comunidade local.
1977	Criação do SINPAS = união de várias instituições de saúde e previdência social Ações de saúde eram fragmentadas. A saúde coletiva era direito de todos, mas a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes.
1982	Surge o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. O modelo curativo dominante começa a ser abalado a partir daí. Como consequência do Plano surgia as AIS com o objetivo da universalização da acessibilidade aos serviços de saúde. *Representou o início da descentralização.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde formalizou as propostas do MRSB originando mudanças baseadas na universalidade, no acesso igualitário, na descentralização (municipalização) e na participação social.
1988	Constituição Federal = “saúde para todos”. Conceito de saúde ampliado, assistência de forma preventiva e curativa e gestão participativa.
1990	Lei 8080 que sedimenta as orientações constitucionais do SUS. Lei 8142 que trata do controle social e da transferência de recursos financeiros.
1996	NOB = define as modalidades de gestão que resultou na maior capacidade de planejamento para os municípios.
2000	Emenda Constitucional 29 define a forma de financiamento da Política pública de saúde garantindo o financiamento do SUS constitucionalmente.
2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011) 218 DRd – Desenvolvimento Regional em debate (ISSNe 2237-9029) v. 5, n. 1, p. 211-230, jan./jun. 2015. serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três (três) esferas de governo.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Polignano (2016) e Bertolli Filho (2016).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 um novo cenário no ambiente da saúde brasileira toma forma, as políticas de saúde ganharam novas configurações, estabelecendo-se como direito universal. Desta feita, abrem-se novos horizontes. O novo sistema, antes restrito ao trabalhador segurado, passa a abarcar a totalidade da população. Outra alteração significativa é quanto à forma de financiamento da saúde, que, historicamente estava sob a responsabilidade única da União, agora com a criação do SUS conta com a participação dos estados municípios (CIELO, 2015).

De acordo com Cunha e Cunha (2013), o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas e a assistência concebida de forma integral. Considerando os aspectos históricos das diversas políticas de saúde do país, é possível inferir que o processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos e fruto de longa trajetória de formulações e de lutas. Assim, o momento atual deve ser entendido como mais uma etapa nesse processo de democratização e acesso do SUS e não a fase crucial, em que as bases foram consolidadas.

2.1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde², criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas Leis no. 8080/90 e no. 8142/90 é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (ACURCIO, 2014).

É formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Como princípios básicos do SUS, pode-se destacar: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

a) atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento;

² O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

- b) atuar de maneira integral, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana;
- c) ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, (município, estado e união);
- d) ser racional, o que significa organizado de modo que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população;
- e) ser eficaz e eficiente, produzir resultados com qualidade;
- f) ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema.

Até a promulgação da Carta Magna de 1988 nenhuma outra Constituição brasileira havia se referido expressamente à saúde como princípio-garantia em benefício do indivíduo, pois a assistência à saúde era assegurada principalmente aos que detinham a condição de trabalhador (NEVES, 2015).

Dessa assertiva descrevem-se os referenciais de Martins (2014, p. 47) na qual o autor contextualiza que:

A saúde pública brasileira não seria a mesma após a Constituição de 1988, que a definiu como "direito de todos e dever do Estado" no seu art. 198, lançando as diretrizes e preceitos para a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que fundou o SUS e para a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu o controle social do SUS, com a participação dos usuários na sua gestão. Foram instituídos na Constituição de 1988 os princípios da universalidade de cobertura (art. 196), princípio da igualdade de serviços (art. 196) e o princípio democrático e descentralizado da gestão administrativa (arts. 194, inciso VII e art. 198, inciso I).

Chama a atenção para o fato de que o SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal, com comando único em cada nível de gestão, com destaque para a construção de modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, o controle social e um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal, daí por ser considerado como Sistema Único de Saúde (NEVES, 2015).

Ainda de acordo com o que aponta a autora, essa Unidade estabelece objetivos do Sistema Único de Saúde que não se encontram limitados simplesmente à prestação de assistência médica, mas que incorporam dentre outros, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas, conforme art. 5º da Lei nº 8.080/90. Além disso, execução de ações de vigilância

sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e assistência farmacêutica (art. 6º, da mesma lei) (NEVES, 2015).

Nos referenciais de Mendes (2013) encontra-se a assertiva de que, para concretizar seus objetivos, o Sistema conta com inúmeras portarias e decretos, sendo um dos mais recentes o Decreto nº 7.508/2011, que consolida um marco no sistema de saúde brasileiro, pois define critérios operacionais da organização do SUS, ressaltando a importância das políticas de saúde, tendo como fim garantir qualidade aos usuários e aumentar a transparência sobre a responsabilidade dos entes federativos na gestão de saúde.

Destarte, o que se observa como aspecto positivo do SUS é que o Brasil tem um sistema de saúde definido de forma clara em seus preceitos constitucional e infraconstitucional, no sentido de política pública, sendo que sua complexidade e abrangência instigam desafios substantivos de operacionalização em todo o território nacional.

Conforme assinala Mendes (2013) as inúmeras reformulações institucionais são reflexos de decisões políticas que envolvem a sociedade. Os avanços e os recuos foram mudando a realidade do SUS, particularmente com a ampliação e articulação das Secretarias Municipais de Saúde e a revisão dos papéis e poderes das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. Em síntese, o autor aponta que, ao longo do processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde foram constatados diversos avanços, bem como diversos desafios a serem superados, com ênfase às necessidades de saúde da população.

Quadro 2 - Principais políticas de saúde baseadas no princípio do Sistema Único de Saúde

Área Técnica/ Política	Ações
Saúde da Mulher	Responsável pelas ações de assistência ao: pré-natal; incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias; redução da mortalidade materna; enfrentamento da violência contra a mulher; planejamento familiar; assistência ao climatério; assistência às mulheres negras e população LGBT.
Saúde da Criança e Aleitamento Materno	Tem como objetivos elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoiar a sua implementação nos estados e municípios.
Saúde do Idoso	É a política que objetiva, no Sistema Único de Saúde (SUS), garantir atenção integral à Saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo.
Saúde do homem	Políticas e diretrizes em saúde voltadas para a população masculina

	na faixa etária dos 20 aos 59 anos. Tem por objetivo a melhoria das condições do indivíduo, contribui de modo efetivo para a redução das doenças e da mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco. A área também é responsável por incentivar o acesso desse grupo aos serviços de saúde.
Política nacional de saúde mental	Apoiada na lei 10.216/02 busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.
A Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário	É uma iniciativa conjunta dos Ministério da Saúde e da Justiça. Tem como objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
A Política Nacional de Saúde do Trabalhador	Visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos
Política da saúde do adolescente e do jovem	Encarregada da promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes. Aborda as áreas de crescimento e desenvolvimento; saúde sexual e reprodutiva; e redução da mortalidade por violência e acidentes.
A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	Resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais. Voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por reconhecer a necessidade de responder às complexas questões que envolvem a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Polignano (2016) e Bertolli Filho (2016).

2.1.2. Estratégia Saúde da Família

O contexto histórico das políticas públicas de saúde no Brasil atesta a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 inicialmente como um programa do Ministério da Saúde e consolidando-se como estratégia a partir de 1997 com o objetivo de reorganização do modelo assistencial de saúde na atenção básica. Segundo o que se encontra expresso no Guia prático do programa saúde da família do Ministério da Saúde, a ESF possui caráter substitutivo, o qual consiste em mudança de práticas de caráter curativo para a vigilância em saúde e ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, os referenciais de autores como Franco e Merhy (2007) apontam que, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF possui como principais diretrizes a integralidade; a resolutividade; a territorialização e adscrição da clientela; o trabalho em equipe; a intersetorialidade; o

foco de atenção à família; o vínculo e a co-responsabilização. Para que ocorram mudanças no modelo assistencial até então vigente, são necessárias mudanças na gestão, bem como no saber-fazer dessas equipes em seu processo de trabalho.

Inicialmente há que se considerar a importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia Saúde da Família) levando-se em conta, principalmente, o aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. Essa atenção centra-se no fato de que a integralidade constituir-se como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o que apontam autores como Mattos (2011) e Cecílio (2016) dissertando respectivamente sobre os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde e as necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde, a integralidade reveste-se, no decorrer dos anos 90, e principalmente nesse início de século, de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Portanto, deve ser pensada como uma imagem-objetivo, portanto polissêmica, com variados sentidos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional³ que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (NOGUEIRA, 2015).

Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por,

³ O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (NOGUEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, o aludido autor aponta ainda que, o trabalho em equipe no contexto do PSF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especificidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado.

Assim, ainda de acordo com Nogueira (2015), a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe. A importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe "provoca" a escuta do outro. O que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação. O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe (NOGUEIRA, 2015, p. 61).

São atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

- V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- XV. Participar das atividades de educação permanente;
- XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas (BRASIL, 2004).

Entre as vantagens percebidas desde a implantação da ESF até os dias atuais está a reorganização do modelo assistencial, substituindo as práticas tradicionais de assistência e envolvendo os gestores da saúde pública no âmbito federal, estadual e municipal, além da sociedade civil através da comunidade, das famílias e do cidadão comum.

2.2 Mudanças estruturais no perfil de formação do profissional de saúde.

Inicialmente considera-se relevante a construção de uma nova forma de pensar e fazer por parte dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, considerando as necessidades dos usuários e as propostas de assistencialismo, ofertadas pela atenção básica de saúde com vistas a um atendimento integral e universal.

Nessa assertiva, as considerações iniciais deste capítulo apontam para a necessidade da formação de profissionais capacitados para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma formação especializada, no sentido de que possam atuar na perspectiva integral da saúde da família. Inúmeras têm sido as oportunidades apresentadas e os mecanismos criados pelas instituições de formação profissional e academias de nível superior com vistas ao preparo especializado de médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais que fazem parte da equipe da ESF, com o propósito de capacitar e promover as habilidades necessárias para que possam atuar segundo os princípios doutrinários do SUS.

Com o advento da LDB nº 9394/96, as propostas das reformas impostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, o Decreto nº 80.281, de 1977 de institucionalização da Residência Médica como modalidade de pós-graduação lato sensu e mais tarde, sua regulamentação pela Lei nº 6.932/81, como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, dentre outros eventos que culminaram com propostas de mudança na formação em saúde desde

o final da década de 1980, antes mesmo da implantação da Estratégia Saúde da Família..

De acordo com o que aponta Marsiglia (2015), propostas de mudanças na relação ensino/serviços de assistência em saúde vêm sendo discutidas desde o final da década de 80. Na ocasião, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) colocou-se como uma estratégia para promover a aproximação entre as instituições de educação e os serviços de saúde, com a participação da comunidade. Estimulou a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem apoiadas em vivências práticas dos estudantes na realidade concreta dos serviços de saúde, em contato com as necessidades da população e de modo articulado com a produção de conhecimento.

De acordo com relatos do citado autor, as transformações foram contínuas em função das necessidades de melhorias nos padrões de atendimento e assistência à saúde básica e o Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde), por sua vez, representou uma continuidade das experiências da IDA, com a intenção de superar as dificuldades e limitações observadas, adotando novas abordagens como o enfoque familiar e o desenvolvimento de relações mais estreitas com a comunidade. Segundo o autor, os dois projetos foram desenvolvidos com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg, resultando em mudanças nos cursos de graduação em saúde.

No entanto, mesmo com todas as propostas e mudanças promovidas, inclusive com alterações nas estruturas curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, a formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença da população. A fragmentação do conhecimento, que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe à mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para a construção da integralidade da assistência, de acordo com o que apresenta Feuerwerker (2008) em referência às mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.

O autor considera ainda que, somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação, pois é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde (e não apenas da doença).

Como as propostas tem objetivado o desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para atuação na perspectiva integral da saúde, compreende-se que as transformações no cenário da assistência em saúde encontra-se relacionada à formação e ao preparo dos profissionais para um agir eficaz, que não se limita à aquisição de conhecimentos, mas resulta da interação com o contexto social, buscam ação, segundo Faustino et al. (2013) dissertando sobre os caminhos da formação em enfermagem.

No que tange a formação de profissionais para atuação na ESF, a dimensão da atuação perpassa os limites dos conhecimentos específicos da graduação, estendendo-se a dimensões que abarcam as questões sociais, culturais e econômicas que envolvem os usuários. Nessa natureza, Del Ciampo et alli. (2013) destacam a importância de programas voltados para a formação do generalista, considerando que é preciso que os programas de treinamento desloquem seu eixo de formação, predominantemente individualizada e hospitalocêntrica, no sentido de enfocar questões mais abrangentes dos pontos de vista social, cultural e econômico de toda a comunidade, atuando de maneira multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando aos profissionais uma aproximação maior com a comunidade.

As demandas das comunidades da ESF não se encontram limitadas somente aos problemas de saúde dos usuários, mas também, aos fatos geradores desses problemas que são originados por todas as ordens de problemas, assim, Seiffert (2015) considera que os profissionais da saúde têm a necessidade de uma formação que valorize não apenas a dimensão técnica (conhecimento especializado), mas o social, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento de demandas da comunidade.

Por sua vez, Chirelli (2012) abordando especificamente a formação enfermeiro crítico-reflexivo que atua na ESF aponta que, o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população. Para que a interdisciplinaridade seja efetiva, é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas.

Quando se reporta às questões que são incorporadas aos problemas de saúde dos usuários, certifica-se que o preparo da equipe da ESF transcende os limites do conhecimento acadêmico, considerando-se que às vezes problemas de saúde são gerados por demandas emocionais, afetivas, psicossociais, dentre outras, nessa natureza. Segundo Faustino (2013), é necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, a construir.

Nessa mesma linha de raciocínio Chirelli (2012) considera que o processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um olhar crítico-reflexivo que possibilite transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Ao reportar-se à ESF um fato chama a atenção: a importância e a necessidade do trabalho em equipe. Obviamente que nesse contexto, o profissional que atua na ESF deverá ter um perfil generalista e problematizador considerando-se todos os intermeios que possam ter ocasionado o problema de saúde, além de estar preparado para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Isso se faz necessário para que ocorra a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo de todos os aspectos relacionados à saúde e vivenciados na prática profissional.

Nessa perspectiva recorre-se ao que se encontrou no estudo de Almeida (2013) quando o autor ressalta que, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde destaca que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Entretanto, ainda de acordo com o aludido autor, na formação inicial da maioria dos profissionais de saúde, o ensino tradicional é tecnicista, com enfoque no indivíduo descontextualizado e muitas vezes sem abertura para problematizar, refletir e construir um saber inerente à prática profissional. O enfoque coletivo não pode ser deixado de lado, em função da hegemonia do enfoque clínico (ALMEIDA, 2013).

Chama-se atenção para um fato que vem tomando dimensão ampla nas instituições de formação profissional em nível de pós-graduação: a grande procura pela formação generalista proporcionada pelos cursos de especialização *lato-sensu*

e *stricto-sensu* nas áreas da saúde da família, planejamento familiar, estratégias de saúde da família, dentre outros que podem promover formação teórica e prática com foco às competências e habilidades para atuação na perspectiva integral da saúde.

Dissertando sobre a dialética da formação em saúde coletiva no âmbito das competências e habilidades requeridas aos profissionais que trabalham com equipes multiprofissionais, que atuam em programas como a ESF, Oliveira (2014) atesta que a formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem visar ao desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação.

A perspectiva na verdade seria a de uma atuação profissional que estivesse próxima das necessidades de saúde da população sem se distanciar dos problemas que podem estar ocasionando mal-estar na saúde da população, assim, tornam-se requerido aos profissionais conhecimentos, habilidades e competências necessárias para essa adequação teórica e prática e saúde associada aos problemas sociais da comunidade usuárias dos programas sociais de saúde.

A propósito disso, Feuerwerker (2012), destaca que as práticas profissionais devem ser organizadas a partir das necessidades de saúde da população e para isso faz-se necessário transformá-las por meio da aproximação entre a academia e os serviços de saúde.

A assertiva apresentada por Feuerwerker (2012) sobre as transformações da formação acadêmica e das práticas mobilizadas por profissionais médicos onde argumenta que, é desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados tanto nos serviços, como nas instituições de ensino e nas relações interpessoais.

Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre médicos e população, entre médicos e demais profissionais da saúde, na concepção de educação e de produção do conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas.

2.2.1 A formação do profissional para atuação integral à saúde.

As abordagens iniciais desta unidade apontam para uma questão relevante a ser discutida na formação e preparo dos profissionais da ESF para atuação na perspectiva integral da saúde. Mendes (2016) observa que a Estratégia de Saúde da Família é parte das propostas inovadoras voltadas à formulação de novas práticas de saúde. Consiste no paradigma da produção social da saúde, enfatiza a promoção e prevenção, não se descuida do aspecto curativo-reabilitador; com alta privilegia a intersetorialidade.

De acordo com o que referencia Mendes (2016), para atuar nesse modelo assistencial, é necessário que os profissionais sejam preparados para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Além disso, a realidade sanitária apresenta problemas cada vez mais complexos, que exigem, além de conhecimentos da clínica ampliada, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial.

Na perspectiva da atenção básica de saúde o Ministério da Saúde (2006) fixa as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes, entre as quais aqui se destacam: a realização do cuidado à saúde da população adscrita mediante ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, de modo a garantir a integralidade da atenção, com a promoção da saúde, prevenção de agravos e ações curativas; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização de ações programáticas e de vigilância à saúde; busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; participação nas atividades de educação permanente e na execução de outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Assim, o que pode perceber é que à luz das propostas do Ministério da Saúde (2006) a estratégia de Saúde da Família, conforme foi proposta pelo MS, exige um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois há uma carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos que possam responder a este modelo de assistência à saúde.

Nessa natureza, convém ressaltar o envolvimento e a participação das instituições que trabalham com a ESF da importância da promoção contínua da capacitação dos seus profissionais, colocando à disposição destes os subsídios

necessários ao processo de formação profissional voltado para as dimensões teóricas, práticas e questões técnicas, sociais e emocionais como já abordado anteriormente neste estudo.

Estudos apontam situações de despreparo de alguns profissionais em sua atuação na ESF, aspecto que indica a necessidade de busca de capacitação constante para o exercício da atividade. Esse fato gera insegurança ao profissional e aos usuários acarretando complicações nas relações.

De acordo com Santos (2013) dissertando sobre a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, é necessário um processo de contínuo e eficaz aperfeiçoamento e capacitação das equipes, de modo que estas possam atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Esse mecanismo de atualização é importante para o desenvolvimento da própria concepção da equipe e da vinculação dos profissionais com a população, característica que fundamenta todo o trabalho do Programa Estratégia Saúde da Família.

De acordo com Brasil (1998), quando os profissionais não são adequadamente preparados para atuar na ESF, o trabalho torna-se desgastante e o trabalhador fica insatisfeito. O profissional é o elemento-chave para que a estratégia de Saúde da Família se concretize, e desta forma, é imprescindível tornar este profissional satisfeito, motivado e capacitado, com a finalidade de melhorar o seu desenvolvimento profissional.

Acerca da formação acadêmica para atuar nas equipes de Saúde da Família, ainda segundo o que atesta Vasconcelos (2009), a estratégia de Saúde da Família pretende reafirmar os princípios do SUS, e por isso fundamenta-se na concepção de atenção focalizada na promoção da qualidade de vida e tem como objetivo trabalhar práticas de saúde que gerem integração entre as ações individuais e as coletivas. Os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas às famílias, como a prestação de atenção integral, humanização e participação comunitária, são parte de uma estratégia para induzir mudanças pela reestruturação do processo de trabalho.

Remontando os pressupostos de Brasil (1998), o desenvolvimento dessas práticas obriga a que os profissionais nelas envolvidos tenham visão integral do sujeito, da família e da comunidade, e para isso é necessária, além da educação permanente, uma formação acadêmica adequada. O profissional da Equipe de

Saúde da Família, segundo as normas do Ministério da Saúde, precisa ser capaz de organizar, desenvolver e avaliar ações articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Com as assertivas apresentadas no referencial temático, percebe-se que no âmbito da ESF existe a necessidade de um profissional com determinado perfil para o trabalho de Saúde da Família. Segundo Santos (2013), esse profissional não pode se centrar apenas na sua formação clínica específica, mas deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, para além do recorte do seu corpo ou órgão, abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas. É possível que a formação acadêmica tradicional recebida pela maioria desses profissionais durante seus cursos de graduação, baseada em modelos estáticos e num currículo rígido e pouco conectado com as reais necessidades da população, seja fator de insegurança para a realização de suas atividades.

As demandas solicitadas pela população de usuários da ESF tem manifestado um cenário onde o perfil dos profissionais formados não é adequado para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação de acordo com Gil (2015).

Na perspectiva da formação de recursos humanos em saúde da família o Ministério da Saúde e o da Educação vêm elaborando políticas destinadas a promover mudanças na formação e distribuição dos profissionais de saúde: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde, Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina- PROMED, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, Polos de Capacitação de Saúde da Família, Programas de Residência Médica e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS (GIL, 2015).

De acordo com Santos (2013) sobre o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família, a edição das “Novas Diretrizes Curriculares” dos cursos da área da saúde pelo Ministério da Educação em 2001 busca corrigir as deficiências na formação dos profissionais de saúde, eliminando a ênfase nas especializações e procurando formar um novo ator social: o profissional com formação generalista, direcionado primordialmente à atenção básica de saúde e capaz de resolver a maior

parte dos problemas de uma população ainda carente do básico para a sua sobrevivência.

3 MÉTODOS

3.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Tomando-se como referência o fato de que a pesquisa exploratória é vista como o primeiro passo na construção de um trabalho científico, este tipo de pesquisa tem por finalidade, proporcionar maiores informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de uma temática de estudo; definir os objetivos ou formular as hipóteses de uma pesquisa ou, ainda, descobrir um novo enfoque para o estudo que se pretende realizar.

Destaca Triviños (2007, p. 101), que “os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aumentar sua experiência sobre um determinado problema, contribuindo para que outros problemas de pesquisa sejam levantados”.

Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

A pesquisa descritiva procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis), sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Este tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno (LAKATOS, 2004).

De acordo com Oliveira (2010), o método qualitativo “sempre” foi considerado como método exploratório e auxiliar na pesquisa científica. No entanto, o autor destaca que o novo paradigma da ciência coloca o método qualitativo dentro de outra base de concepção teórica na mensuração, processamento e análise de dados científicos, atribuindo-lhe valor fundamental no desenvolvimento e consolidação da ciência em diferentes áreas.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma IES, localizado em Teresina - Piauí. Esta IES possui 17 cursos de graduação presencial e 03 à distância, totalizando a oferta de 20 cursos, atendendo à 6.439 alunos. Na área da saúde, a oferta de curso é composta por medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, radiologia,

fonoaudiologia e educação física. Além desses a IES conta com 28 cursos de pós-graduação lato sensu, abrangendo, principalmente, as áreas relacionadas aos cursos de graduação, 05 cursos de Pós-Graduação Lato Sensu e MBA ofertados em convênio com a Fundação Getulio Vargas, 01 Mestrado próprio em Saúde da Família recomendado pela CAPES e 01 Dinter – Doutorado Interinstitucional com o UNICEUB, na área de Direito.

O estudo ocorreu entre os meses de maio de 2016 a abril de 2018, período compreendido entre a escolha do tema, catalogação do material bibliográfico, escolha das indicações metodológicas, entrega do projeto para submissão ética ao Comitê de Ética e Pesquisa. As atividades posteriores de coleta dos dados, análise dos dados, elaboração do trabalho científico, entrega e apresentação, foram determinadas especificamente após a aprovação do projeto de pesquisa e culminaram com a construção da dissertação de mestrado.

3.3 Participantes do estudo: critérios de inclusão e exclusão

O universo da pesquisa foi composto por 7 (sete) docentes do UNINOVAFAPI que atuam na ESF. Foram pesquisados: 01 médico, 02 dentistas e 04 enfermeiros, tendo como critérios de inclusão: profissionais de nível superior com formação acadêmica em medicina, enfermagem e odontologia que fossem docentes e atuassem concomitantemente na Estratégia Saúde da Família em Teresina – Piauí e como critério de exclusão atuação profissional na ESF inferior ao período de um ano.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa, um roteiro de entrevistas semiestruturado orientado ao público-alvo da investigação, além da consulta à plataforma lattes dos currículos dos entrevistados objetivando a identificação das capacitações realizadas por cada um dos profissionais.

3.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram analisados tomando como eixo teórico a análise de conteúdo de Bardin para demonstrar a realidade do objeto de investigação.

As respostas obtidas com a aplicação das entrevistas resultaram em dados que receberam tratamento qualitativo no sentido de que se pudessem retratar as ideias e opiniões dos entrevistados em consonância às orientações de estudo sobre pesquisa com abordagem qualitativa através do método de análise do conteúdo através de uma pré-análise das respostas apresentadas de forma a sistematizar as ideias iniciais dos participantes da pesquisa. Em continuidade à aplicação do método, deu-se início à etapa de exploração do material a partir dos recortes das falas dos entrevistados em obediência às questões e suas respectivas categorias e, por fim a fase de interpretação das falas. Esse tipo de tratamento exigiu que durante a análise dos dados fossem realizadas leituras sucessivas dos depoimentos, buscando uma compreensão das informações dos participantes da pesquisa. Como se tratou de um estudo com abordagem qualitativa, buscou-se obter o máximo de informações que subsidiassem a pesquisa e possibilitassem uma relação direta com a temática em questão e com os seus referenciais teóricos.

3.6 Elaboração do produto

Foi elaborado, como produto final desta pesquisa, um vídeo explicativo com o título “Reflexões sobre a prática do ensino superior e a Estratégia de Saúde da Família – ESF”, destinado aos docentes de cursos da área de saúde.

3.7 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP /UNINOVAFAPI e aprovado conforme o parecer número 1.993.708, de acordo com as recomendações éticas da resolução CNS 466/12. Os participantes receberam as explicações sobre a metodologia e os objetivos da pesquisa, além da preservação de suas identidades com a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) mediante assinatura.

3.7.1 Riscos e benefícios

Entende-se que toda pesquisa possa oferecer algum risco e nesta, os riscos corresponderam a possibilidade de danos mínimos, tais como constrangimentos dos profissionais entrevistados, insegurança no sigilo das informações coletadas e receio de críticas por parte dos pesquisadores. Para minimizar estes riscos, foi realizado uma correta e apropriada abordagem durante as entrevistas, com agendamento prévio e explicação dos objetivos e metodologia da pesquisa, além das mesmas terem ocorridos em lugar reservado nas dependências da instituição.

Como benefício direto têm-se a possibilidade de reflexão dos pesquisados sobre a formação e sobre a necessidade de constantes capacitações a fim de estarem preparados para uma atuação na perspectiva integral de saúde na Estratégia Saúde da Família.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito – Formação profissional de docentes vinculados à Estratégia de Saúde da Família

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE DOCENTES VINCULADOS À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VOCATIONAL TRAINING OF TEACHERS LINKED TO THE FAMILY HEALTH STRATEGY.

FORMACIÓN PROFESIONAL DE DOCENTES VINCULADOS A LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Adolfo Costa Basílio da Silva Júnior, Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa, Fabrício Ibiapina Tapety, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Rua Vitórino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505, Teresina - PI, Brasil, adolfobasilio@uninovafapi.edu.br, luciola@uninovafapi.edu.br, ftapety@uninovafapi.edu.br, silvanasantiago27@gmail.com, camila@uninovafapi.edu.br,

Resumo: Introdução: A abordagem de que a formação em saúde configura-se como a principal estratégia para que os profissionais da ESF possam adquirir ou aperfeiçoar sua formação para atuação na perspectiva integral da saúde, constituiu o cerne deste estudo. Nessa concepção, a realização dessa pesquisa se justificou pela necessidade de se refletir acerca da formação dos profissionais que atuam concomitantemente na docência superior e na ESF, vislumbrando uma possível atuação integral da saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação, partindo-se objetivamente da análise da formação especializada dos professores de uma instituição de ensino superior e sua atuação na ESF. **Objetivos:** Caracterizar os docentes de uma instituição de ensino superior quanto aos aspectos sociodemográficos relacionados à formação acadêmica e profissional. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, tendo como participantes professores de uma IES que são vinculados a ESF. Como instrumentos de pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturado, orientado ao público-alvo da investigação, além da consulta à plataformaattes dos currículos dos entrevistados, com o propósito da apreensão e análise das capacitações realizadas por cada um dos profissionais. Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados obtidos indicaram que todos os investigados possuem cursos de pós-graduação na área da saúde da família; tempo de atuação que possibilita conhecimentos de saúde na perspectiva integral dos princípios do SUS; comprometimento com a assistência prestada às comunidades de usuários da ESF; reconhecimento das contribuições que a formação continuada trouxe para as mudanças nas práticas mobilizadas pela equipe. Constatou-se também que o itinerário formativo na graduação dos profissionais de saúde não pode contemplar apenas a formação clínica específica, mas deve abordar conteúdos disciplinares que direcionem a atenção ao

indivíduo como um todo, abrangendo também o meio físico, o contexto sócio econômico e afetivo das famílias assistidas. **Conclusão:** Com o estudo pode-se constatar a relevância da qualificação na formação profissional e no desenvolvimento de novas competências e habilidades para que os sujeitos da investigação possa atuar na perspectiva integral da saúde. Como produto da pesquisa, foi elaborado um vídeo informativo direcionado aos professores de saúde do ensino superior, com o título “Reflexões sobre a prática pedagógica no ensino superior e a estratégia de saúde da família. O vídeo aborda a relevância da educação e dos docentes no processo de mudança da atuação do profissional de saúde, provocando reflexões sobre a práxis pedagógica e a ESF.

Palavras-chave: Saúde da Família. Pessoal de Saúde. Formação Profissional

Abstract: Introduction: The approach that health education is the main strategy for the professionals of the FHT to acquire or improve their training to act in the integral perspective of health, was the core of this study. In this conception, the realization of this research was justified by the need to reflect on the training of the professionals who work simultaneously in higher education and in the FHT, looking for a possible integral action of health, through actions of promotion, prevention and recovery. **Objective:** To characterize the teaching staff of an institution of higher education regarding the sociodemographic aspects related to academic and professional formation. **Methods:** This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, having as participants teachers of an HEI that are linked to FHS. As research instruments, a semi-structured interview itinerary was used, aimed at the target audience of the research, in addition to consulting the platform of the interviewees' curricula, with the purpose of apprehending and analyzing the training performed by each of the professionals. It was used the Bardin content analysis. **Results:** The results obtained indicated that all the investigators have postgraduate courses in the area of family health; time of action that enables health knowledge in the integral perspective of SUS principles; commitment to the assistance provided to ESF user communities; recognition of the contributions that continued training has brought to the changes in the practices mobilized by the team. It was also verified that the formative itinerary in the graduation of the health professionals can not only contemplate the specific clinical formation, but must address disciplinary contents that direct the attention to the individual as a whole, also covering the physical environment, the socioeconomic and affective context of the families assisted. **Conclusion:** The study can verify the relevance of the qualification in the professional formation and the development of new skills and abilities so that the subjects of the investigation can act in the integral perspective of health. As a research product, an informative video was designed for higher education health teachers, entitled "Reflections on Pedagogical Practice in Higher Education and Family Health Strategy. The video discusses the relevance of education and teachers in the process of changing the performance of the health professional, provoking reflections on pedagogical praxis and ESF.

Keywords: Family Health. Health Personnel. Vocational Training

Resumen: Introducción: El enfoque de que la educación para la salud es la estrategia principal para que los profesionales de la ESF adquieran o mejoren su capacitación para actuar en la perspectiva integral de la salud, fue el núcleo de este estudio. En esta concepción, la realización de esta investigación se justificó por la necesidad de reflexionar sobre la formación de los profesionales que trabajan simultáneamente en la educación superior y en la

ESF, buscando una posible acción integral de salud, a través de acciones de promoción, prevención y recuperación, **Objetivo:** caracterizar al profesorado de una institución de educación superior en relación con los aspectos sociodemográficos relacionados con la formación académica y profesional.

Métodos: Este es un estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, teniendo como participantes docentes de una IES que están vinculados a la ESF. Como instrumentos de investigación, se utilizó un itinerario de entrevista semiestructurada, dirigido al público objetivo de la investigación, además de consultar la plataforma de lattes de los currículos de los entrevistados, con el fin de aprehender y analizar la capacitación realizada por cada uno de los profesionales. Se usó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** los resultados obtenidos indicaron que todos los investigadores tienen cursos de postgrado en el área de salud familiar; tiempo de acción que permite el conocimiento de la salud en la perspectiva integral de los principios del SUS; compromiso con la asistencia prestada a las comunidades de usuarios del FSE; reconocimiento de las contribuciones que la capacitación continua ha llevado a los cambios en las prácticas movilizadas por el equipo. También se verificó que el itinerario formativo en la graduación de los profesionales de la salud no solo puede contemplar la formación clínica específica, sino que debe abordar los contenidos disciplinarios que dirigen la atención al individuo como un todo, cubriendo también el entorno físico, socioeconómico y afectivo contexto de las familias asistidas. **Conclusión:** el estudio puede verificar la relevancia de la calificación en la formación profesional y el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades para que los sujetos de la investigación puedan actuar en la perspectiva integral de la salud. Como producto de investigación, se diseñó un video informativo para docentes de educación superior titulado "Reflexiones sobre la práctica pedagógica en educación superior y estrategia de salud familiar." El video trata sobre la relevancia de la educación y los docentes en el proceso de cambio del desempeño del profesional de la salud, provocando reflexiones sobre la praxis pedagógica y el FSE.

Palabras clave: Salud de la familia. Personal de la familia. Formación Profesional

1 INTRODUÇÃO

As abordagens acerca do desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para atuação na perspectiva integral da saúde, remetem ao entendimento, de que as exigências sociais no âmbito da saúde como consequência das novas demandas do mundo do trabalho, estão influenciando num ritmo acelerado, a abertura de espaços para a formulação e a ampliação de processos formativos destinados à qualificação, ao desenvolvimento de habilidades e às competências profissionais. Nessa perspectiva o papel da educação no processo de formação profissional dos atores que atuam no âmbito da saúde é extremamente estratégico. Percebe-se a necessidade de um profissional com determinado perfil para o trabalho na Saúde da Família. Esse profissional não pode se centrar apenas na sua formação clínica específica, mas deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, para além do recorte do seu corpo ou órgão, abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas.

Os estudos de Costa (2009) assinalam que os desafios para a mudança na formação de recursos humanos têm como pano de fundo o processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua política de reorientação das ações e serviços, mediante o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do seu compromisso com a prestação da assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população.

No mesmo entendimento, Campos *et al.* (2011) pontuam que, na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde, o SUS e a ESF assumem o papel de interlocutores, pressupondo uma renovação pedagógica a partir da convergência das atividades educativas com o cotidiano e com a realidade social e de saúde do país.

Ressalta-se a importância e a necessidade de mudanças na formação profissional em saúde no contexto da atenção básica e integral. Costa (2009) destaca que as mudanças ocorridas nas duas últimas décadas nos paradigmas da educação, da organização da saúde e no mundo do trabalho, mediadas pelas revoluções econômicas, políticas, sociais e culturais mundiais, estão provocando uma grande movimentação no processo de formação profissional. É de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos, voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes, acreditando-se que o desenvolvimento de competências e habilidades desses profissionais possibilite um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

No entanto, a maioria dos profissionais foi formado segundo um modelo biomédico de atuação dentro de uma perspectiva de ações centradas exclusivamente na patologia, o que produziu por muito tempo, profissionais com formação deficiente na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Estas preocupações estão refletidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/ SUS), documentos que refletem a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais em torno deste tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A proposta deste estudo não visa fazer uma discussão aprofundada das competências e habilidades dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família, mas, a partir do relato destas nas entrevistas e análise do currículo lattes, analisar a sua formação profissional, compreender as percepções dos professores de uma IES que atuam na ESF em Teresina – PI, acerca das posições ocupadas pelas diferentes categorias profissionais no interior dessa

proposta de atenção primária em saúde de acordo com as categorias profissionais eleitas. Seu objetivo principal centra-se em analisar a formação dos profissionais que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir do desenvolvimento de seu itinerário formativo, além de identificar como se deu a formação profissional para atuação na atenção básica de saúde da família, investigando se essa formação oferece o preparo necessário e suficiente para atuação na perspectiva integral da saúde e, verificar os efeitos da formação especializada em profissionais da ESF.

Dessa forma a construção deste estudo justifica-se pela necessidade de se refletir acerca da formação dos professores do UNINOVAFAPI que atuam concomitantemente na ESF, que permitam com que tais profissionais possam atuar na perspectiva integral da saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Nessa perspectiva, sua relevância científica se ampara na produção e construção do conhecimento para contribuição deste estudo no desenvolvimento das capacidades e habilidades do investigador e ampliação de seus saberes sobre o tema.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 7 (sete) professores de uma instituição de ensino superior com atuação na ESF, sendo 01 médico, 02 dentistas e 04 enfermeiros. Para participação neste estudo foi tomado como critério de inclusão, profissionais de nível superior com formação acadêmica em medicina, enfermagem e odontologia e como critério de exclusão, atuação profissional na ESF inferior ao período de 01 ano.

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa, um roteiro de entrevistas semiestruturado orientado ao público-alvo da investigação, além da consulta à plataforma lattes dos currículos dos entrevistados objetivando a identificação das capacitações realizadas por cada um dos profissionais.

Os dados foram analisados tomando como eixo teórico a análise de conteúdo de Bardin para demonstrar a realidade do objeto de investigação. As respostas obtidas com a aplicação das entrevistas resultaram em dados que receberam tratamento qualitativo no sentido de que se pudessem retratar as ideias e opiniões dos entrevistados em consonância às orientações de estudo sobre pesquisa com abordagem qualitativa através do método de análise do conteúdo através de uma pré-análise das respostas apresentadas de forma a sistematizar as ideias iniciais dos participantes da pesquisa.

Em continuidade à aplicação do método, deu-se início à etapa de exploração do material a partir dos recortes das falas dos entrevistados em obediência às questões e suas respectivas categorias e, por fim a fase de interpretação das falas. Esse tipo de tratamento exigiu que durante a análise dos dados fossem realizadas leituras sucessivas dos depoimentos, buscando uma compreensão das informações dos participantes da pesquisa.

Como se tratou de um estudo com abordagem qualitativa, buscou-se obter o máximo de informações que subsidiassem a pesquisa e possibilitassem uma relação direta com a temática em questão e com os seus referenciais teóricos. O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP UNINOVAFAPI e aprovado conforme o parecer número 1.993.708, por está de acordo com as recomendações éticas da resolução CNS 466/12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na elaboração das questões que constituem a entrevista aplicada ao público-alvo da investigação, foram eleitas duas categorias levando-se em consideração variáveis que serviram como suporte para estruturação do referido instrumento de pesquisa: o eixo do itinerário formativo na graduação e educação continuada e o eixo da atuação profissional na perspectiva integral da saúde. No que se refere ao eixo do itinerário formativo na graduação e educação continuada, foram investigados ano de graduação; nível de titulação superior e área de pós-graduação; tempo; período da capacitação para atuação na ESF; disciplinas que serviram como embasamento para o trabalho na ESF; percentual de docentes que atuou na ESF durante a graduação; custos de financiamento com a graduação; No eixo da atuação profissional na perspectiva integral da saúde, foram investigados; tempo de atuação na ESF e faixa etária, nível motivacional para o trabalho na ESF; direcionamento do trabalho na ESF para a promoção, prevenção e recuperação da saúde; período da última capacitação e área; faixa salarial e função exercida na ESF; avaliação do investigado sobre o preparo para atuação na ESF; deficiências na oferta de capacitação; frequência na participação de cursos de capacitação; avaliação da formação profissional na ESF.

As abordagens que se seguem, relacionam-se com o eixo do itinerário formativo na graduação e educação continuada de cada um dos investigados, onde encontrou-se um cenário constituído por 4 enfermeiras, 2 dentistas e 1 médico. Os resultados encontrados revelaram uma tendência maior do profissional de enfermagem na participação efetiva da ESF. Esse fundamento encontra-se justificado por Silva (2010) em seus estudos sobre a prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, quando a autora expressa que a Estratégia Saúde

da Família tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que tem representado um campo de crescimento e reconhecimento social deste profissional, por ser ele um componente ativo no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde.

No que se refere ao ano de graduação no curso de atuação profissional, os resultados apontaram para uma frequência entre os profissionais que se formaram na década de 1990 com período que variaram entre 1991, 1997 e 1998. Seguidamente, dois profissionais que se graduaram no ano de 1989 e dois nos anos 2000 e 2006. Dos entrevistados a que possuía maior tempo de graduação era uma enfermeira e a com mais recente ano de graduação era dentista. Segundo relatos da E (Enfermeira 4), *“conclui meu curso de Enfermagem em 1991 no tempo que o curso tinha valores reconhecidos pela sociedade e o profissional era presença marcante nos hospitais”*. Para o D1 (Dentista 1), *“minha graduação foi em 2006 e de lá para cá tenho evoluído muito em minha prática, associando as vivências acadêmicas a partir dos conhecimentos transmitidos aos alunos, consigo por em prática aqui na ESF a assistência humanizada e focada no usuário”*.

Acerca do nível de titulação superior dos investigados com vistas ao conhecimento prévio da qualificação requerida aos profissionais que atuam na ESF, as informações obtidas a partir da entrevista e consulta à Plataforma Lattes para verificação do Currículo Lattes dos comprovou que dos sete investigados, seis profissionais que atuam na equipe possuem mestrado e somente uma ainda é especialista. Ressalta-se ainda que, dentre os que apresentaram titulação de mestre, um encontra-se em fase de doutoramento. Com os resultados percebeu-se o envolvimento dos investigados com a qualificação profissional em cursos de pós-graduação. Segundo os recortes da fala da E2 (Enfermeira 2), *“considero indispensável o processo de formação continuada a partir do momento que não atuo somente na ESF, mas também desenvolvo atividades como docente. Dessa forma, é importante estar sempre ampliando conhecimentos de forma a atuar com excelência nos dois ambientes”*.

Chama-se atenção para o fato de que os investigados ao mesmo tempo em que atuam na ESF, são docentes de nível superior e essa qualificação é uma exigência requerida pelas IES em atendimento às exigências do Ministério da Educação. Referenciando o que se apresenta, recorreu-se ao que pontua Cotta et al. (2016) que os profissionais da APS devem ter qualificação e perfil diferenciados e serem capazes de desenvolver e organizar ações que enfatizem a relação entre a equipe, a comunidade e os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Nesse contexto, compreende-se que a busca pela qualificação profissional e formação especializada configura-se entre os investigados como estratégias para a transformação de práticas vivenciadas durante a graduação e que requerem uma nova abordagem a partir das novas demandas da comunidade de usuários da ESF, valorizando assim o conhecimento pós-acadêmico e suas interfaces com as habilidades que desenvolvem no âmbito da ESF. Na concepção do M1 (Médico 1), *“os cursos de pós-graduação ajudam na compreensão de novas formas de por em prática o que se faz na ESF e em sala de aula considerando que na Universidade durante a graduação a preocupação dos professores foi com a técnica dos procedimentos. Hoje consigo perceber o quanto é importante associar teoria e prática e como consegui dinamizar minhas ações tanto na ESF quanto junto aos meus alunos na Universidade”*.

A questão seguinte de investigação solicitou aos participantes da pesquisa que especificassem sua área de qualificação para que assim se pudesse identificar aquela que predominou nos cursos de educação continuada. Pelas as abordagens, ressalta-se que os investigados possuem várias titulações e cursos em nível de especialização. Assim, destaca-se que o profissional médico possui residência médica em pediatria, especialização em saúde da família e mestrado em saúde da família. Os títulos de especialização aparecem distribuídos da seguinte forma: Dos sete profissionais, cinco possuem especialização em saúde da família, três apresentaram em sua plataforma o título de especialização em saúde pública, seguidos de títulos em nível de especialização distribuídos entre os sete profissionais nas áreas da endodontia, pneumologia sanitária, saúde mental, administração hospitalar, ciências da educação, educação profissional na área de saúde. Os títulos em nível de mestrado encontram-se distribuídos entre as áreas de clínica odontológica integrada, enfermagem, engenharia biomédica e políticas públicas.

A questão seguinte tratou de saber dos investigados se a capacitação para atuar na ESF foi obtida na graduação ou na pós-graduação. Dos sete investigados, quatro atestaram que a base para atuação na ESF veio da graduação, principalmente os sujeitos que são enfermeiros e os outros três participantes da pesquisa relataram que adquiriram os conhecimentos com a aprendizagem da pós-graduação. A E4 (Enfermeira 4) relatou que *“na graduação tive uma boa base, principalmente porque os estágios foram desenvolvidos em áreas de grande demanda, população muito carente. Na pós-graduação pude aprimorar esses conhecimentos e como já atuava na área como profissional, pude aperfeiçoar essas experiências”*. Levando-se em consideração as apresentações dos investigados com relação ao preparo para atuar na ESF, Xavier et al. (2014) asseveram que, a formação em Saúde é a

principal estratégia para os trabalhadores adquirirem competências e habilidades para o trabalho. Faz-se necessário estimular as discussões por meio do quadrilátero da formação (Gestão, Serviços, Instituições Formadoras e Participação Social), de modo que as mudanças pretendidas para o perfil do profissional de saúde para atender ao SUS sejam contempladas desde os currículos dos cursos de graduação em saúde, influenciando na escolha do egresso pela atuação nos programas de saúde pública.

Sobre se as disciplinas e seus respectivos conteúdos dos cursos de graduação ofereceram embasamento necessário para o trabalho na ESF, os investigados destacaram disciplinas específicas de formação para o atendimento à saúde da família e de acordo com a formação de cada um os resultados apontaram para a odontologia preventiva social, odontologia para bebês, adolescentes, adultos e idosos que focava nos principais problemas da saúde bucal, promoção da saúde, principalmente restritas ao sanitarismo e campanhas de vacinação, saúde pública e saúde comunitária que serviram de base para o aprimoramento da atuação profissional. Considera-se relevante nesse contexto as expressões do M1 (Médico 1) que assim relatou: *“Não. Porque quando participei da graduação a ESF estava apenas em fase inicial e todo o currículo do curso era pautada na antiga forma de fazer Medicina: curativa, centrada na doença e com poucas noções de promoção da saúde, principalmente restritas ao sanitarismo e campanhas de vacinação”*.

Ressalta-se assim o que descrevem Pava; Neves (2011) em seus referenciais: As novas diretrizes curriculares para o curso da área da saúde têm adotado perspectivas mais humanistas. É esperado que a instituição universitária, comprometida com o destino dos homens, associe o máximo de qualificação acadêmica com o máximo de compromisso social, com vista a superar a fragmentação do conhecimento até hoje presente. O perfil do formando egresso, descrito nas diretrizes curriculares é de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual, pautado nos princípios éticos.

Para a questão que tratou de conhecer qual percentual do corpo docente da graduação dos investigados atuava na ESF, quatro dos participantes da pesquisa respondeu que nenhum dos professores atuava enquanto que um dentista atestou que *“menos de 10%”*, um enfermeiro respondeu que *“entre 50% e 70%”* e outro enfermeiro assinalou *“entre 10% e 30%”* dos seus professores faziam parte da ESF.

Sobre os custos referentes à formação para atuar na ESF se foram financiados pela instituição a qual está vinculado ou foi financiamento próprio, as respostas apontaram que seis

profissionais receberam auxílio financeiro de instituições para custeio de sua formação, no entanto, não afirmaram se foi a instituição ao qual se encontram vinculado.

As abordagens que se seguem inserem-se no contexto do eixo da atuação profissional na perspectiva integral da saúde. Em relação ao tempo de atuação na ESF os resultados encontrados apresentaram uma variação significativa com relação ao profissional que atua na ESF há mais tempo e em menor tempo de serviço. Encontrou-se um profissional que atua somente a cinco anos no programa e outro que já se encontra inserido à ESF há 19 anos, com variações em termos de nove, dez, treze, quatorze e dezessete anos. Para a E1 (Enfermeira 1), “faço parte das ações de saúde da família há 19 anos e nesse tempo muitas foram as transformações. Hoje o trabalho surte resultados mais expressivos como consequência das minhas vivências e conhecimentos adquiridos diariamente como docente do ensino superior”.

Sobre a faixa etária dos investigados os resultados encontrados demonstraram que dos sete profissionais que atuam na ESF, quatro estão na faixa etária entre 41 e 50 anos, dois se encontram com idade entre 51 e 60 anos e, 1 entre 25 a 30 anos. Quando foi apontado o aspecto motivacional para o desempenho do trabalho na ESF por parte dos investigados, os resultados expressaram níveis de motivação satisfatórios decorrentes do comprometimento profissional e envolvimento com os usuários da ESF, mas também apresentou estados de insatisfação decorrentes de questões relacionadas às condições ambientais de trabalho, salário, jornada de trabalho, falta de insumos, dentre outros aspectos. Para o D2 (Dentista 2) a resposta à questão da motivação foi não. *“De certa forma não somos capacitados, orientados da real forma de desempenhar nosso papel na ESF. Temos poucos materiais para realização de ações de promoção à saúde e em alguns casos existe a falta de materiais básicos de segurança para lidar diretamente com os pacientes. As questões salariais não são motivadoras”*.

Ainda que as respostas de alguns dos investigados com relação à motivação para o trabalho junto à ESF tenha sido negativa, convém destacar-se que de acordo com o Ministério da Saúde (2013) através da Secretaria de Atenção à Saúde, no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como política básica do Ministério da Saúde para reorganização do sistema de saúde, e os resultados positivos alcançados nos principais indicadores de saúde das populações assistidas tem motivado a expansão desse modelo de assistência.

Na abordagem seguinte tratou-se saber dos entrevistados de que forma o trabalho na ESF é direcionado para promoção, prevenção e recuperação da saúde.

As respostas apresentadas expressaram o desenvolvimento de um processo de ensino sobre como elaborar e aplicar planos de ação em vista ao enfrentamento dos problemas de

saúde e dos fatores de risco, compartilhamento de experiência dos anos trabalhados na ESF, paralelos ao conteúdo teórico sobre os princípios da medicina de família e comunidade, bem como dos níveis de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nessa perspectiva, considera-se importante as abordagens do Médico 1 (M1) e da Enfermeira 2 (E2) que assim se expressaram: M1: *“Desenvolvo um processo de ensino sobre como elaborar e aplicar planos de ação em vista ao enfrentamento dos problemas de saúde e dos fatores de risco. Procuro compartilhar a experiência dos anos trabalhados na ESF, paralelos ao conteúdo teórico sobre os princípios da medicina de família e comunidade, bem como dos níveis de promoção da saúde e prevenção de doenças”*; E2: *“Orientações aos profissionais da ESF para focar nas ações educativas, programas de aleitamento materno, cumprimento do calendário mensal, assistência no pré-natal, etc.”*.

No âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde como atribuição dos profissionais da equipe ESF, acredita-se ser relevante destacar que a Estratégia Saúde da Família destaca-se como uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde em potencial estratégico, com o propósito de centrar a atenção na saúde, com ênfase na integralidade das ações, focando no indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade.

Sobre a data da última capacitação promovida aos investigados e em que área, os resultados destacam períodos próximos e atuais de investimentos em formação e capacitação. Importante ressaltar no contexto da questão de abordagem que a prática educativa em saúde, além da formação permanente de profissionais para atuar nesse contexto, tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, reforçando que a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo considerados elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde (BUSS, 2009), elementos que a partir da participação efetiva dos profissionais da ESF poderão garantir aos usuários promoção da saúde e prevenção de doenças.

A questão seguinte tratou da faixa salarial em que se encontram os profissionais da ESF, dois dos entrevistados não responderam à questão, sendo que um deles, o “M1” ressaltou que essa abordagem não se aplica aos objetivos da pesquisa, três dos investigados declarou que recebe entre 4 a 6 salários e dois dos entrevistados declararam encontrar-se na faixa salarial entre 6 a 8 salários mínimos.

A abordagem seguinte tratou de conhecer qual a função de cada profissional na ESF. Os resultados apontaram que dois são dentistas e atua de acordo com a graduação, um é médico, duas enfermeiras atuam como enfermeiras e outras duas dividem suas ações com a função de apoiadora da atenção básica atuando na gerência do trabalho em saúde e articuladora de políticas públicas de saúde junto às ESF, mais especificamente garantindo e apoiando o processo de trabalho em equipes.

Sobre a avaliação e seu preparo para atuar na ESF, as respostas variaram entre um despreparo inicial e o propósito de atuar com excelência na ESF. No âmbito da questão da abordagem que tratou do preparo dos profissionais para atuar na ESF e como estes se autoavaliam convém salientar que a busca pela melhor qualidade na atenção a saúde dos usuários, exige dos profissionais competências técnicas em suas atuações. Isso significa que uma qualificação adequada e em seguida a busca por capacitações torna o profissional da saúde apto para atuar em todos os níveis de atenção. Notório os relatos da E4 (Enfermeira 4) que assim declarou: *“Tenho um bom embasamento teórico e muitos anos de experiência, mas precisamos nos atualizar sempre, ainda mais com a modernização. E como atuamos em muitos programas, não tem como sabermos com segurança tudo o que abrange esses programas. São muitas informações desvinculadas, muitos papéis e agora implantaram o prontuário eletrônico que também não funciona a contento”*.

Na abordagem que tratou de saber dos investigados sobre os déficits nas ofertas de capacitação para os profissionais da ESF, houve discordâncias com relação às novas estruturas curriculares e o consequente preparo para atuação junto à saúde da família. Alguns consideram que os cursos de graduação e pós-graduação hoje são disponibilizados com os conteúdos para esta área. Chamou atenção os relatos do Médico 1 e do Dentista 2 que assim se manifestaram: M1: *“Não acho que existam esses déficits. Os cursos de graduação e pós-graduação hoje são disponibilizados com os conteúdos para esta área. Além disso, o próprio Ministério da Saúde junto às Secretarias disponibiliza cursos. O que falta é investimentos em recursos humanos”*; D2: *“Sim. Poderiam estar sempre realizando-as até mesmo para motivar o profissional nas suas atividades diárias. Capacitações sempre são válidas para reciclagem do profissional e motivação, seja nos mais diversos assuntos da odontologia em benefício do trabalho junto a ESF”*. No entanto, alguns consideram que seria importante um curso introdutório aos novos integrantes das ESF para que os profissionais entendessem a dinâmica do trabalho.

Acerca da participação em todos os cursos oferecidos pela ESF todos responderam que participam por considerarem relevantes ao trabalho que desenvolvem. Na perspectiva da

participação em cursos de qualificação como suporte ao desenvolvimento de habilidades, torna-se relevante destacar que de acordo com o que pontua Silva, Félix (2007), a produção cotidiana do cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores da saúde, bem como do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Esse conjunto de atributos desejáveis aos trabalhadores da saúde consta como competências e habilidades nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de Saúde, no entanto entende-se que com uma formação continuada e a participação efetiva em cursos de qualificação, o conhecimento se transforma, novos saberes são sistematizados e a consequência dessa prática será a universalização das competências dos profissionais da saúde na atenção integral. Essa é a proposta deste estudo e configura-se como um meio para as transformações requeridas no novo modelo de atendimento primário idealizado pela Estratégia Saúde da Família.

No estudo investigativo, a última questão quis saber de 0 a 10 como o profissional avalia sua formação profissional para atuação na ESF. As avaliações atribuíram valores entre oito e dez. As análises que recaem sobre os resultados apresentados pelos entrevistados conduzem ao pensamento de que o próprio reconhecimento de suas ações otimizem sua atuação profissional na ESF. As habilidades do saber, do saber fazer e do querer fazer superam as dificuldades enfrentadas por esses profissionais em qualquer que seja a dimensão, seja pela falta de insumos, pela agenda de atendimento, pelas questões estruturais, enfim, o que prevalece quando se percebe a própria valorização que cada um atribui ao que faz, é a certeza do envolvimento e do compromisso de fazer das ações da ESF, atitudes de compreensão, de percepção, de assistência integral à saúde dos usuários.

CONCLUSÃO

Ao chegar-se ao final deste estudo, com sua realização atesta-se a partir da pesquisa a preconização dos princípios doutrinários do SUS da universalidade, equidade e integralidade em decorrência do trabalho realizado pelos profissionais entrevistados, que com suas explanações contribuíram de forma expressiva para que o estudo pudesse alcançar seus objetivos.

O fortalecimento das propostas apresentadas no estudo se consolidou com a participação efetiva dos investigados nos cursos de capacitação que promovem mudanças nas práticas mobilizadas e focam a atenção à saúde a partir de um novo modelo assistencial, embasada no tripé: promoção, prevenção e reabilitação/recuperação de doenças e agravos.

Constatou-se também com o estudo que as diferenças estruturais entre as UBS onde atuam as equipes da ESF transparecem problemas de diferentes causas. O que se pode perceber é que a educação tem exercido um papel preponderante na superação dos obstáculos enfrentados pelos profissionais e a qualificação profissional fez emergir um novo conceito de fazer saúde: através do conhecimento. No campo da saúde, esse tem sido o diferencial no desafio de transformar o modelo técnico-prático de fazer saúde considerando-se que o modelo assistencialista idealizado requer uma reconstrução nas práticas mobilizadas e novas formas de fazer saúde.

Constatou-se com o estudo que os mecanismos utilizados pelos investigados para a melhoria dos serviços que prestam a partir da qualificação profissional continuada, além dos estímulos produzidos pelas instituições com vista à qualificação dos recursos humanos que atuam na ESF, produziram resultados satisfatórios na atuação desses profissionais. Os resultados encontrados neste estudo revelam que o preparo dos profissionais investigados através dos cursos de qualificação a que foram submetidos, a formação acadêmica, as vivências na atuação junto à ESF, resultam na realização das atividades necessárias à saúde da população, bem como a resolução dos problemas diagnosticados na comunidade, gerando satisfação no trabalho e propósitos de fazer cada vez mais e melhor.

As considerações finais que se iniciou com uma proposta superficial de um tema abrangente como a saúde na ESF, mas que foi tomando forma a cada material catalogado, cada leitura elaborada, cada parágrafo construído, cada abordagem aos investigados e a cada análise feita nas explanações desses participantes, culminou com um trabalho que acredita-se ter sido satisfatório do ponto de vista da construção do conhecimento, formação de competências e de descobertas acerca do papel de cada um dos profissionais investigados que contribuíram para que se pudesse ter chegado até aqui. A educação transforma o ambiente e modifica concepções.

Com as novas abordagens e concepções idealizadas por esses profissionais a partir da exposição do que acham, pensam e como fazem em suas práticas diárias no atendimento na ESF, acredita-se que resultados mais expressivos e positivos garantiram um atendimento integral à saúde da comunidade dos usuários das UBS em que se encontram vinculadas essas equipes. Um trabalho dessa dimensão não se encerra em si mesmo, pelo contrário. É somente o início do propósito de se descobrir novas formas de fazer saúde com competência e habilidade.

REFERÊNCIAS

- BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 2009.
- C AMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *In: Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2011.
- COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. educ. saúde**. vol. 6 no.3. Rio de Janeiro, 2009.
- COTTA, R.M.M; SCHOTT, M; AZEREDO, C.M; FRANCESCHINI, S.C.C; PRIORE, S.E; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol Serv Saúde**. 2016; 15(3):7-18.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH — SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2012.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF**. Revisão 1. Volume 1. Brasília, 2013.
- PAVA, A.M; NEVES, E.B. A arte de ensinar enfermagem: Uma história de sucesso. **Revista brasileira enfermagem** 2011; 64(2) 201-10.
- SILVA, L.L.; FELIX, S.B.C.M. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. *In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (Orgs.). Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: IBPEX, 2007. p.75-98.
- SILVA, V.G; MOTTA, M.C.S; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(3):441-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>.
- XAVIER, Laudicéia Noronha Xavier; Oliveira, Gisele Lopes de Oliveira; GOMES, Annatália de Amorim Gomes; MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza; ELOIA, Suzana Mara Cordeiro. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**. Sobral, V.13, n.1, p.76-83, jan./jun. – 2014.

4.2 Produto: Vídeo informativo com o tema “Reflexões sobre a prática do ensino superior e a estratégia de saúde da família - ESF”.

REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DO ENSINO SUPERIOR E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

A profissão docente é uma prática educativa e também uma forma de intervir na realidade social mediante a educação.

Gimeno Sacristan (2002) afirma que para se entender a prática educativa é necessário compreender a diferença entre prática e ação.

Prática é o ambiente institucionalizado onde ocorre o processo de educar. Representa a cultura e a tradição das instituições.

Enquanto que a ação está relacionada aos sujeitos, ou seja ao próprio docente. Envolve seus modos de agir, seus valores, seu conhecimento, sua vontade.

Selma Pimenta (1999) afirma que a prática educativa é um traço cultural compartilhado que tem relações com o que acontece em outros âmbitos da sociedade e das instituições.

Para se fazer uma reflexão sobre a influência institucional no processo de ensino, é necessário compreender o conceito de instituição.

Instituição é o conjunto de regras constitutivas que definem e determinam posições e relações em determinada área de maneira convencional (MOSTRIN, 1987)

Nessa perspectiva, quando pensamos no processo de formação profissional dos atores que atuam no âmbito da saúde, verifica-se a necessidade de uma renovação pedagógica, que venha convergir as atividades educativas com a realidade social do país.

Isso envolve mudanças nos aparatos legais, nas estratégias político-administrativas que reflatam no processo ensino-aprendizagem dos profissionais da saúde, e que contenham o compromisso com as diretrizes da ESF.

O ensino superior nos cursos da área da saúde, de certa forma, ainda tem seu enfoque biologicista, hospitalocêntrico e centrado na doença.

Ainda se percebe que parte dos currículos de medicina que existem no país, preparam o aluno para exercer uma medicina com base flexneriana e hospitalar, que trata o paciente apenas como um sistema biológico.

Na área da saúde, a docência superior é respaldada no ensino como sendo um fenômeno complexo, inserido em questões sociais e suas implicações estruturais. Portanto, existe uma correlação com o espírito das diretrizes da ESF.

Entre as diretrizes da ESF estão:

- a integralidade;
- a resolutividade;
- a territorialização e adscrição da clientela;
- o trabalho em equipe;
- a intersetorialidade;
- o foco de atenção à família;
- o vínculo e a corresponsabilização.

REFLETINDO

A questão é como essas diretrizes estão contempladas na formação curricular do aluno?

Nos currículos dos cursos de saúde quantas disciplinas abordam as diretrizes da ESF?

E nos contextos de cada disciplina, existe correlações com tais diretrizes?

As instituições de ensino superior necessitam repensar suas funções básicas e buscar maior coerência com o modelo de saúde pública adotado no país. O itinerário formativo do aluno de hoje é quem vai construir o profissional da saúde de amanhã.

Nessa perspectiva, o papel da educação no processo de formação profissional dos atores que atuam no âmbito da saúde é extremamente estratégico.

Esse profissional não pode centrar-se apenas na sua formação clínica específica, mas deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção ao indivíduo como um todo, para além do recorte do seu corpo ou órgão, abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas.

IMPORTANTE!

O investimento nas políticas de recursos humanos, voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes, resulta em um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

No entanto, a maioria dos profissionais foi formado segundo um modelo biomédico centrado na patologia, o que produziu por muito tempo, profissionais com formação deficiente na perspectiva da atenção integral à saúde.

Nesse contexto, compreende-se que a busca pela qualificação profissional e formação especializada configura-se entre os docentes como estratégias para a transformação de práticas vivenciadas durante a graduação e que requerem uma nova abordagem a partir das novas demandas da comunidade de usuários da ESF.

A reflexão permanente é uma forma do professor avaliar a sua prática pedagógica na perspectiva da vida do aluno.

Ao refletir, o professor percebe se o trabalho desenvolvido dentro e fora da sala de aula está atendendo as necessidades dos alunos e aos interesses da sociedade.

O envolvimento responsável se define pelo engajamento do professor com a causa, dotando o aluno de instrumento político e técnico.

A educação nos cursos de saúde deve ser direcionada para a prática assistencial individual e também para o âmbito coletivo, com o propósito de atuar como um vetor de desenvolvimento econômico e social.

A integração ensino – serviço – sociedade deve ser estratégica na busca de mudanças nos modelos technoassistenciais e na formação de recursos humanos em saúde.

A transformação da prática do professor decorre da formação de sua consciência crítica sobre essa mesma prática.

PENSE NISSO!!!!

MÚSICA

- ORBITAL MUSIC. Carefree. Kevin Macleod. 2014 . Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=7CoNAHqyRtg>

5 CONCLUSÃO

Ao chegar-se ao final deste estudo que teve como foco a formação dos profissionais docentes vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que atuam na perspectiva integral da saúde, denota-se que foram abordadas questões relevantes sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família. A partir dessas explanações, adentrou-se no processo que envolve a formação do profissional e o preparo para as atribuições na equipe de saúde da família. Com o estudo investigativo, as considerações que se apresentam refletem um cenário repleto de aspirações, valores, dificuldades, incertezas, motivações e desmotivações, conhecimento, qualificações, dentre outras variáveis que configuram o retrato do estudo que ora se conclui.

Com sua realização, atesta-se a partir da pesquisa, a preconização na docência dos princípios doutrinários do SUS da universalidade, equidade e integralidade em decorrência do trabalho realizado pelos profissionais entrevistados, que com suas abordagens contribuíram de forma expressiva para que o estudo pudesse alcançar seus objetivos.

O desenvolvimento das habilidades e competências dos docentes investigados se fez presente no demonstrativo das variáveis de investigação a partir da atenção, atendimento e assistência que demonstraram dedicar aos usuários da ESF.

O fortalecimento das propostas apresentadas no estudo se consolidou com a participação efetiva dos investigados nos cursos de capacitação que promovem mudanças nas práticas mobilizadas e focam a atenção à saúde a partir de um novo modelo assistencial, embasada no tripé: promoção, prevenção e reabilitação/recuperação de doenças e agravos.

Constatou-se também com o estudo que as diferenças estruturais entre as UBS onde atuam as equipes da ESF transparecem problemas de diferentes causas. O que se pode perceber é que a educação tem exercido um papel preponderante na superação dos obstáculos enfrentados pelos profissionais e a qualificação profissional fez emergir um novo conceito de fazer saúde: através do conhecimento.

No campo da saúde esse tem sido o diferencial no desafio de transformar o modelo técnico-prático de fazer saúde considerando-se que o modelo

assistencialista idealizado requer uma reconstrução nas práticas mobilizadas e novas formas de fazer saúde.

Constatou-se com o estudo que os mecanismos utilizados pelos investigados para a melhoria dos serviços que prestam a partir da qualificação profissional continuada, além dos estímulos produzidos pelas instituições com vista à qualificação dos recursos humanos que atuam na ESF, produziram resultados satisfatórios na atuação desses profissionais.

Os resultados encontrados neste estudo revelam que o preparo dos profissionais investigados através dos cursos de qualificação a que foram submetidos, a formação acadêmica, as vivências na atuação junto à ESF, resultam na realização das atividades necessárias à saúde da população, bem como a resolução dos problemas diagnosticados na comunidade, gerando satisfação no trabalho e propósitos de fazer cada vez mais e melhor.

As considerações finais deste estudo que se iniciou com uma proposta superficial de um tema abrangente como a saúde na ESF, mas que foi tomando forma a cada material catalogado, cada leitura elaborada, cada parágrafo construído, cada abordagem aos investigados e a cada análise feita às apresentações desses participantes, culminou com um trabalho que acredita-se ter sido satisfatório do ponto de vista da construção do conhecimento, formação de competências e de descobertas acerca do papel de cada um dos profissionais investigados que contribuíram para que se pudesse ter chegado até aqui.

A educação transforma o ambiente e modifica concepções. Com as novas abordagens e concepções idealizadas por esses profissionais docentes a partir da exposição do que pensam e como fazem em suas práticas diárias no atendimento na ESF, acredita-se que resultados mais expressivos e positivos garantiram um atendimento integral à saúde da comunidade dos usuários das UBS em que se encontram vinculadas essas equipes.

Como produto desse mestrado, foi elaborado um vídeo informativo direcionado aos docentes da área de saúde, com o título “Reflexões sobre a prática do ensino superior e a estratégia saúde da família”, com o objetivo de fazer com que o docente da área de saúde faça uma autocrítica sobre sua forma de educar e compreenda o verdadeiro propósito da estratégia saúde da família.

Um trabalho dessa dimensão não se encerra em si mesmo, pelo contrário. É somente o início do propósito de se descobrir novas formas de fazer saúde com a formação adequada dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

ALMEIDA, M. organizador. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida; 2013.

BACELAR, T. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos. (Org.). **Políticas públicas e gestão local**. Rio de Janeiro: FASE, 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 abril. 2017.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 2009.

CAMELO, S. H. H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família**. 2006. 161p. [Tese]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2006.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *In*: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2011.

CECCIN, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-10. 2014

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, p.115-28, 2016.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 286p [tese]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: FAMENA; 2002.

CIELO, I. D. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no Estado do Paraná. **DRd – Desenvolvimento Regional em debate**, v. 5, n. 1, p. 211-230, 2015.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Cedec, 2013.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trab. educ. saúde**. v. 6, n. 3, 2008.

COSTA, J. R. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Revista Trabalho educação e saúde**. v. 6, n. 3, 2008.

COSTA, M. P., et al. Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na estratégia saúde da família. In: **Convibra Saúde – Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde**. http://www.convibra.org/upload/paper/2012/66/2012_66_4274.pdf. Acesso em: 09 Dez 2017.

COTTA, R. M. M., et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia de Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2016.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de saúde: planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: COOPMED. p. 11-26, 2013.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C. Residência médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 3, p. 200-4, 2013.

FAUSTINO, R. L. H. et al. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 343-7, 2013.

FERREIRA, A. C. **Desvendando a empresa brasileira de serviços hospitalares**. Vitória. Vitória: UFES, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação Saúde, Educação**, v. 2, p. 3, p. 51-71, 2008.

_____. **Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2012. 306p.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-8, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDIM, J. R. Núcleo interdisciplinar de bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Consentimento Informado no Brasil**. Primeiras Normas. Acesso em: 19 nov 2002.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Editora da UNESP, 2014.

JUNIOR, A. P.; JUNIOR, L. C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2016.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. Ed. Atlas, São Paulo, 2004.

MARSIGLIA, R. M. G. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou? In: **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v. 5, n. 7, p. 30-41, 2004.

_____. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2015. 118p.

MARTINS, W. **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Ed. Fórum, 2014.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, p.39-64, 2011.

MEKSENAS, P. **Cidadania, poder e comunicação**. São Paulo: Cortez, 2012.

MENDES, K. R. **Curso de direito da saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ª. ed. Brasília (DF), 1998.

_____. **Política Nacional de atenção básica**. Brasília (DF); 2006.

_____. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH — SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF**. Revisão 1. Volume 1. Brasília, 2013.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

MONTEIRO, M. M., et al. Formação de Vínculo no Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MORGAN, D. A. R. As políticas públicas no contexto da educação infantil brasileira. **Construção psicopedagógica**. v. 22, n. 23. 2014.

MOURA, M. E. B. M., et al. **Atenção básica: formação do enfermeiro frente à saúde da mulher**. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I61087.E13.T12794.D9AP.pdf>. Acesso em 04 Jul 2017.

NEVES, P. B. P. **O poder judiciário maranhense e o fenômeno da judicialização da saúde pública São Luís, MA agosto – 2015**. São Luis: EdCeuma, 2015.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho nos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil. p. 59-63, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva**. 2014. 89p. [tese Livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2014.

OLIVEIRA, C. S. **Metodologia científica, planejamento e técnicas de pesquisa: uma visão holística do conhecimento humano**. São Paulo: LTR, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2013. p.567-71.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: Uma história de sucesso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 201-10, 2011

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. São Paulo: Cortez, 2016.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo, HUCITEC/Ed . UNESP, ABRASCO, 2014.

ROSSI, S. S. **Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso Brasileiro**. São Paulo. Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. / Mimeografado/, 2013.

SANTOS JUNIOR, O. A., et al. (organizadores). **Políticas Públicas e Gestão Local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais**. Rio de Janeiro: FASE, 2013.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinnenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2013.

SEIFFERT, O. M. L. B. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 331-50, 2015.

SILVA, L. L.; FELIX, S. B. C. M. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. *In*: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L (Orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007. p. 75-98.

SILVA, V.G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 441-8, 2010

SLALINSKI, L. M.; SCHOCHI, M. J.; MATHIAS, T. A. F. A utilização do método Altair de planejamento popular em atividades de estágio curricular. **Ciência Cuidado e Saúde**. v. 5, n. 1, p. 75-81, 2006.

SOUZA, H. M., et al. Pólos de capacitação, formação e educação permanente para o Programa de Saúde da Família. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde**: Seminário Internacional. Brasília (DF); p.147-55, 2015.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20 – 45, 2016.

THEODORSON, A. G. **Pesquisa exploratória**: procedimentos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007

VASCONCELLOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 2009.

XAVIER, L. N. X. et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE**. Sobral, v.13, n.1, p.76-83, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUI- UNINOVAFAPI

Entrevista nº _____

Nome para pesquisa do Currículo Lattes: _____

1. Formação profissional: _____
2. Ano da graduação: _____
3. Especialização () _____
Mestrado () _____
Doutorado () _____
4. Especifique a área de predomínio da sua pós-graduação: _____
5. Tempo de atuação na ESF _____
6. Qual a sua faixa etária:
() De 25 a 30 anos
() De 31 a 35 anos
() De 36 a 40 anos
() De 41 a 50 anos
() De 51 a 60 anos
() Mais de 60 anos
7. A sua capacitação para atuar na ESF foi obtida na graduação ou após a graduação?
8. As disciplinas e seus respectivos conteúdos do curso de graduação o (a) embasaram para o trabalho na ESF?
9. Na sua graduação, que percentual do corpo docente atuava na ESF?
() Nenhum
() Menos que 10%
() Entre 10% e 30%
() Entre 30% e 50%
() Entre 50% e 70%
() Mais de 70%
10. Os custos referentes a sua formação foram financiados pela instituição a qual estás vinculado (a) ou foi financiamento próprio?
11. Você se considera motivado para desempenhar o seu trabalho na ESF?
() Sim () Não
12. Explique a resposta anterior
13. De que forma seu trabalho é direcionado para a promoção, prevenção e recuperação da saúde?
14. Qual a data da sua última capacitação? E em qual área se deu?
15. Qual a sua faixa salarial na ESF?
() Menor que 2 salários mínimos
() De 2 a 4 salários mínimos
() De 4 a 6 salários mínimos
() De 6 a 8 salários mínimos
() Acima de 10 salários mínimos
16. Qual a sua função na ESF?
17. Em sua percepção, você avalia que está preparado para a atuação na ESF?
18. Você sente que em termos de capacitação, há déficit nas ofertas de capacitação?
19. Você participa de todos os cursos oferecidos na ESF, se não, porque motivos não o faz?
20. De 0 a 10, como você avalia, a sua formação profissional para atuação na ESF?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS
DO PIAUI- UNINOVAFAPI

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) PARA ATUAÇÃO NA PERSPECTIVA INTEGRAL DA SAÚDE", desenvolvida por **Adolfo Costa Basilio da Silva Junior**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação da Professora Doutora Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa.

O objetivo geral do estudo é Analisar a formação dos profissionais que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através das competências e habilidades para atuação na perspectiva integral da saúde, por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Justifica-se o mesmo pela necessidade de se refletir acerca da formação dos professores do UNINOVAFAPI que atuam na Estratégia de Saúde da Família, que permitam com que tais profissionais possam atuar na perspectiva integral da saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os riscos serão minimizados pela não identificação nominal do usuário; sendo os mesmos codificados. Pela possibilidade de eventual constrangimento, os participantes serão informados antes da aplicação do questionário sobre a confidencialidade e a não identificação dos mesmos.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente meia hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às estas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI.

O benefício direto da pesquisa será a possibilidade de minimizar os riscos biológicos aos profissionais da equipe de enfermagem através da adoção imediata de formação dos recursos humanos, discussão de práticas e técnicas adequadas na execução do trabalho.

Entende-se que toda pesquisa oferece algum risco e nesta os riscos correspondem à possibilidade de danos mínimos no aspecto físico, psíquico, moral, intelectual, social ou cultural do ser humano, em qualquer fase da pesquisa ou dela decorrente, tanto para o pesquisador quanto para os profissionais participantes, pois haverá contato direto com os profissionais pesquisados. A técnica de coleta de dados pode gerar falta de disponibilidade de horário para responder perguntas da entrevista, constrangimento por não está preparado para falar sobre o assunto abordado.

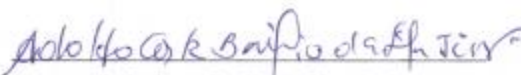
Será garantido aos pesquisados a privacidade e o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma. Vale ressaltar que serão respeitados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, prevista na Resolução nº 466/12, durante todas as etapas dessa pesquisa.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação de mestrado/tese. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAP, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.


 Profa. Dra. Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa
 Pesquisadora Responsável CPF 879.088.593-72


 Adolfo Costa Basílio da Silva Junior
 Pesquisador Participante CPF 185.355.853-20

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Luciola Galvão Gondim Corrêa Feitosa
 Email: luciolagalvao2014@hotmail.com Cel: (86) 98835-2805

Teresina ____/____/____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

 (Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:
 RG e CPF:

Observação: Este termo é redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao participante, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, RITA DE CÁSSIA SÉRVIO MENDES LOPES, Coordenadora de Ensino do Centro Universitário Uninovafapi, declaro que o aluno Adolfo Costa Basílio da Silva Junior está autorizado a realizar, nesta Instituição, o projeto de pesquisa: **“COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) PARA ATUAÇÃO NA PERSPECTIVA INTEGRAL DA SAÚDE”**, sob a responsabilidade da Professora Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa.

Os custos financeiros para o desenvolvimento da pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores.

Os pesquisadores deverão estar cientes que só poderão aplicar os questionários na IES fora dos horários das atividades acadêmicas e com o conhecimento dos coordenadores dos cursos envolvidos.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros, assegurados pela **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde**, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Garantia de adotar medidas para prevenir e minimizar riscos para os participantes da pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi, para garantir a todos os envolvidos os referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros.

Teresina, 09 de novembro de 2016

Rita de Cássia Sérgio Mendes Lopes
Coordenadora de Ensino
UNINOVAFAPI

www.uninovafapi.edu.br • uninovafapi@uninovafapi.edu.br

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai | CEP: 64073-505, Teresina - Piauí | Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) PARA ATUAÇÃO NA PERSPECTIVA INTEGRAL DA

Pesquisador: LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64404516.8.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.993.708

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa a fim de analisar a formação dos profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o desenvolvimento de competências e habilidades que permitam com que tais profissionais possam atuar na perspectiva integral da saúde, por meio de ações de promoção, prevenção, atenção precoce, de cura e reabilitação de doença. O estudo ocorrerá entre os meses de abril de 2016 à fevereiro de 2018, período compreendido entre a escolha do tema, catalogação do material bibliográfico, escolha das indicações metodológicas, entrega do projeto para submissão ética ao Comitê de Ética e Pesquisa e demais etapas consequentes descritas no cronograma deste projeto. As atividades posteriores de coleta dos dados, análise dos dados, elaboração do trabalho científico, entrega e apresentação, serão determinadas mais especificamente após a aprovação deste projeto de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a formação dos profissionais que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através das competências e habilidades para atuação na perspectiva integral da saúde, por meio da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Objetivo Secundário:

mp. Theonias
Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.993.708

Identificar, na perspectiva dos profissionais que atuam na ESF em um município do Piauí como se deu a formação profissional para atuação na atenção básica de saúde da família; Analisar a formação subsidiada para atuação na perspectiva integral da saúde; Verificar os efeitos da formação especializada em profissionais da ESF nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Toda pesquisa oferece algum risco e nesta os riscos correspondem à possibilidade de danos mínimos, psíquico, moral, intelectual, social ou cultural do ser humano, em qualquer fase da pesquisa ou dela decorrente, tanto para o pesquisador quanto para os participantes, pois haverá contato direto com os usuários pesquisados. A técnica de coleta de dados pode gerar falta de disponibilidade de horário para responder perguntas da entrevista, constrangimento por não estar preparado para falar sobre o assunto abordado. Será garantido aos pesquisados a privacidade e o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma. Os riscos serão minimizados pela não identificação nominal do usuário; sendo os mesmos codificados. Pela possibilidade de eventual constrangimento, os participantes serão informados antes da aplicação do questionário sobre a confidencialidade e a não identificação dos mesmos.

Benefícios: O benefício direto da pesquisa será a possibilidade de ações/attitudes dos profissionais e/ou gestores no sentido de contribuir para melhoria contínua, após a identificação de possíveis fragilidades ou eventuais sucessos no que tange às competências e habilidades profissionais rumo à perspectiva integral de assistência em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e de suma importância para a comunidade pesquisada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados conforme a resolução 466/12 do C.N.S.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12 .

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.993.708

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UNINOVAFAPÍ considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_823326.pdf	18/03/2017 08:38:44		Aceito
Outros	adolforoteironovo.pdf	18/03/2017 08:32:20	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	adolfoprojetoultimo.pdf	18/03/2017 08:31:29	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Cronograma	adolfocronogramaultimo.pdf	18/03/2017 08:31:07	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Outros	lattesadolfo.pdf	18/01/2017 15:40:23	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Outros	lattesluciola18012017.pdf	18/01/2017 15:39:57	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEadolfocorrigido18012017.pdf	18/01/2017 15:35:21	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Orçamento	ADOLFOORCAMENTO.pdf	11/11/2016 08:31:28	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Outros	adolfocartaencaminpesq.pdf	11/11/2016 08:27:31	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	adolfoconsentiminstituicao.pdf	11/11/2016 08:25:52	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	adolfodeclarcompromissopesq.pdf	11/11/2016 08:24:40	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito
Folha de Rosto	adolfofolhaderosto.pdf	11/11/2016 08:23:27	LUCIOLA GALVAO GONDIM CORREA FEITOSA	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

pip Raulley
Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.993.708

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 31 de Março de 2017

Assinado por:

Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonas Gomes Pereira
Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI