

Cursos de especialização em Saúde da Família:

o que muda no trabalho com a formação?*

Magda Duarte dos Anjos Scherer^(a)

Camila Izabela de Oliveira^(b)

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho^(c)

Marisa Pacini Costa^(d)

Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Specialization courses on Health Family: what can training change in the work? *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):691-702.

The persistence of bio-medically oriented practices and the mismatch between training and work are identified as the challenges for the rolling out of Primary Health Care (PHC) in Brazil. This paper analyzes work changes in PHC after following specialization level training courses on community and family health, from the point of view of the trained professionals. It is a qualitative study carried on from 2011 to 2013 in the Federal District (DF) involving doctors, nurses and dentists. Data was collected with the use of digital questionnaires, semi-structured interviews and focal groups. From the thematic content analysis, two categories emerged: "a universe of knowledge has opened up" and a "new way of doing things in an adverse working environment". The context of the PHC in DF is a constraint but the training had the potential to generate professional competences.

Keywords: Work in health. Primary health care. Family health. Training. Ergology.

A persistência de práticas orientadas pelo modelo biomédico e a desconexão entre trabalho e formação são apontadas como desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil, que vêm sendo enfrentados com cursos de especialização. A partir da percepção de egressos, este artigo analisa as mudanças ocorridas no trabalho, decorrentes da formação em saúde da família e comunidade. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado no Distrito Federal com médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, por meio de: questionário eletrônico, entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Da análise temática de conteúdo, surgiram duas categorias: "abriu-se um universo de conhecimentos" e "um novo modo de fazer em um contexto adverso". O contexto é limitador, mas a formação teve potência para mobilizar um conjunto de ingredientes necessários para gerar a competência profissional.

Palavras-chave: Trabalho em saúde. Atenção primária à saúde. Saúde da Família. Formação. Ergologia.

* Artigo resultado de pesquisa financiada pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) (Processo nº 193.000.347/2010).

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Universidade de Brasília. SCLN 406, bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília, DF, Brasil. 70847-510. magdascherer@unb.br

^(b) Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. camila_iza@hotmail.com

^(c) Escola de Aperfeiçoamento do SUS, Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. waniaescarvalho@gmail.com

^(d) Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil. marisa.pacini@gmail.com

Introdução

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, iniciada em 1994, busca ampliar o acesso à saúde e consolidar um modelo de atenção pautado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em novembro de 2014, a cobertura da ESF era de 61,95%¹, evidenciando o avanço dessa política no país.

A Atenção Primária à Saúde, chamada, no Brasil, de Atenção Básica (AB) à saúde, deve ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, trabalhando com território adscrito e orientada para efetivar a integralidade em seus vários aspectos. Além disso, deve ser a coordenadora do cuidado, articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de forma interdisciplinar e em equipe. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta a construção de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, e o estímulo à participação popular e o controle social². Entretanto, estudos sobre o processo de trabalho das equipes têm revelado dificuldades para que essa orientação se efetive: a persistência de práticas características do modelo biomédico, a existência de uma relação assimétrica entre profissionais e usuários, hierarquia e desigualdade entre as diversas profissões, e tensão entre a clínica e a saúde coletiva^{3,4}.

Para consolidação do modelo proposto, importantes desafios precisam ser enfrentados tanto no que se refere à infraestrutura e as condições de trabalho, como a falta de apoio institucional para implementar mudanças.

A ênfase em protocolos e normas, com foco nas tarefas, e não nas potencialidades dos sujeitos, e a existência de planejamentos individualizados e, conseqüentemente, fragmentados, exigem um novo olhar para a formação profissional⁵⁻⁸.

Apesar de a literatura relatar experiências exitosas na implantação da ESF⁹, com importantes impactos nos indicadores de saúde¹⁰, mantém-se, como questão central, a necessidade de avançar no processo de reorganização do trabalho e na formação profissional. A ausência de profissionais com perfil adequado para atuar neste contexto, sobretudo os médicos, é problema que persiste e pode ser atribuído às lacunas existentes na formação^{4,11,12}.

O trabalho em equipe, apesar de sobejamente reconhecido como essencial para efetivar a integralidade das ações, tem sido negligenciado na formação dos profissionais¹²⁻¹⁴.

As contradições existentes entre a formação e prática profissional requerem a revisão das estratégias de educação¹⁵ no sentido de contemplar a relação dialética existente entre formação e trabalho. A complexidade dos problemas de saúde e das ações necessárias para o seu enfrentamento aponta para a urgência em desenvolver processos pedagógicos que trabalhem competências de ordem política, organizacional e operacional em todos os níveis do sistema de saúde, rompendo com a visão que desqualifica a APS e sobrevaloriza as práticas que exigem maior densidade tecnológica, exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

É fundamental compor equipes com capacidade de articular as diferentes políticas sociais e os recursos existentes, considerando a multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população, sem perder de vista: a universalização e a democratização do acesso, a relação com os demais níveis de atenção, as condições de trabalho e a diversidade de atores implicados para operacionalizar o SUS. Efetivar uma prática para além do modelo biomédico exige alterar o cotidiano do trabalho em saúde e as concepções de profissionais sobre os modos de produção da saúde.

Neste cenário, as ofertas de cursos de pós-graduação vêm sendo subsidiadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, desde meados da década de 1990, como estratégia para formar profissionais com competência para atuar na ESF, segundo as diretrizes da PNAB.

Para trabalhar na APS, em que diferentes saberes e práticas são exigidos para se enfrentar problemas nem sempre tipicamente de saúde, é preciso agir com competência. Agir com competência implica uma combinação dialética de diversos ingredientes integrando: o saber agir, "ter domínio das normas antecedentes"¹⁶; o querer agir, "estar motivado para aderir a um projeto coletivo", e o poder agir, "ter capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio"¹⁷.

Considerando que não existe competência fora da situação de trabalho e que a formação só faz sentido quando se aproxima do mundo do trabalho¹⁸, o presente artigo analisa as mudanças ocorridas

no trabalho na APS, a partir da percepção dos profissionais egressos de dois cursos de Especialização em Saúde da Família e de Comunidade realizados no Distrito Federal.

Percurso metodológico

O estudo adotou como referência a abordagem ergológica de Schwartz sobre competências no trabalho^{16,19,20} e as prescrições contidas na PNAB. O referencial desenvolvido por Schwartz reúne pressupostos que ajudam a compreender as situações de trabalho e o processo de formação. Segundo o autor, na atividade de trabalho, a relação dialética entre o grau de apropriação dos saberes conceitualizáveis, o grau de apreensão das dimensões históricas da situação e o debate de valores, realizado pelo indivíduo para fazer escolhas num determinado contexto político, mobiliza ingredientes heterogêneos da competência, colocados “numa encruzilhada entre tecnicidade e escolhas sociais e econômicas”¹⁶ (p. 106).

O domínio do conteúdo da PNAB, bem como o conjunto dos protocolos e diretrizes integram o primeiro ingrediente da competência, relacionado ao domínio conceitual do que antecipa o trabalho. O segundo ingrediente refere-se à experiência acumulada pelo indivíduo no enfrentamento do meio. O terceiro é o resultado da articulação entre o primeiro e o segundo, gerando a escolha de como e quando fazer para ser eficaz. O quarto ingrediente configura a reflexão sobre as maneiras de fazer e o que é prioritário, segundo normas e valores, e vai orientar a adesão ou não a um determinado projeto. O quinto está relacionado ao agir para melhor conhecer seu potencial e onde pode haver mobilização de si para um *plus* no trabalho. A sinergia caracteriza o sexto ingrediente, que é a busca pela complementaridade com o outro e pelo fortalecimento da coesão do coletivo no trabalho.

Todos os ingredientes da competência estão relacionados e são interdependentes. Considerando que o meio tem uma variabilidade constitucional, os trabalhadores vão utilizar a originalidade de suas experiências para encontrar os recursos que permitirão enfrentar o que há de inédito em cada situação.

A formação é fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais, mas tem seus limites, porque se situa no campo das normas antecedentes, ou seja, daquilo que antecipa o trabalho. Ela trata da experiência a ser feita, transmite conhecimentos, prepara para o encontro das situações de trabalho que virão. O encontro do sujeito com o contexto virá depois, resultando num processo em que o profissional vai ser competente ou não a depender da síntese que ele fizer entre os conhecimentos adquiridos, a sua experiência prévia, os valores e as escolhas tomadas na relação com o meio sempre infiel²⁰.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa²¹, com caráter retrospectivo, realizado no Distrito Federal, de março de 2011 a julho de 2013, com egressos de dois cursos de especialização em Saúde da Família e Comunidade. Estes profissionais foram incluídos no estudo por terem vivenciado um processo de formação que orientou práticas de atenção primária à saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

O primeiro curso iniciado em 2005 contemplou médicos e enfermeiros, contratados e estatutários, que atuavam na APS quando da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O segundo, iniciado em 2008, incluiu os cirurgiões-dentistas. Os cursos apresentaram como proposta pedagógica o uso de metodologias ativas, sendo que o segundo se diferencia pela inclusão de momentos de dispersão, com atividades práticas acompanhadas por instrutores. Ambos tiveram como recorte de conteúdo as diretrizes da PNAB e as atribuições das equipes da ESF.

O universo da pesquisa foi composto por cento e trinta profissionais: enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas dos dois cursos, concluídos em 2006 e 2010.

Os participantes foram localizados por meio de levantamento junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e por meio eletrônico e telefônico, sendo excluídos aqueles que não trabalhavam mais na SES e aqueles que não foram localizados depois de três tentativas.

Foram incluídos 79 profissionais, aos quais foi endereçado um questionário eletrônico para a caracterização geral do grupo estudado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que

foram preenchidos por 45 sujeitos, sendo 29 enfermeiros, nove médicos e sete dentistas. A diferença entre as categorias profissionais se explica em função de mais de 50% dos egressos serem enfermeiros e de haver cirurgião-dentista somente no segundo curso. Os profissionais tinham dez anos ou mais de experiência na APS, diversas formações na área, e atuação em Unidades Básicas de Saúde tradicionais, sem ESF implantada.

Após, foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas (seis médicos, três dentistas e nove enfermeiros), definidas, inicialmente, por sorteio, segundo critério de proporcionalidade por categoria profissional e região de saúde à qual os profissionais pertenciam, e encerradas pelo critério de saturação. Foi utilizado roteiro de entrevista que buscou identificar as mudanças ocorridas no processo de trabalho, a partir da realização dos cursos. Para a garantia do anonimato, foi atribuído um código para cada entrevistado: D para dentistas, E para enfermeiros, M para médicos, seguidos da numeração correspondente à ordem em que foram efetuadas as entrevistas.

Os discursos produzidos foram submetidos à Análise de Conteúdo²², em que as Unidades de Análise se dividem em Unidades de Registro e Unidades de Contexto. Definiu-se, como Unidade de Registro, o tema, que pode ser: uma simples sentença (sujeito e predicado), um conjunto delas ou um parágrafo assunto, e cada tema configura uma unidade de significação. O tema é considerado como a mais útil unidade de registro na Análise de Conteúdo para acessar: opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças, e, por essa razão, escolheu-se a análise temática. Utilizar o tema como unidade de registro para a interpretação das respostas de um determinado grupo de pessoas acarreta a obtenção de um grande número de respostas permeadas por diferentes significados. Assim, foi necessário analisar e interpretar o conteúdo de cada resposta em seu sentido individual e único, além das Unidades de Contexto, que se configuram como “pano de fundo” e imprimem significado às Unidades de Registro.

A definição das categorias de análise é uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto de textos seguida de um reagrupamento baseado em analogias a partir de critérios definidos. Utilizou-se o critério semântico para categorização. A opção por uma unidade temática é resultado da interdependência entre os objetivos do estudo e as teorias explicativas adotadas pelas pesquisadoras. As categorias não foram definidas *a priori* e emergiram do conteúdo dos discursos dos profissionais.

Após a codificação de cada uma das entrevistas, o material foi reagrupado e analisado a partir da leitura horizontal, identificando-se semelhanças e diferenças entre os discursos. Podem-se caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, agrupados segundo o grau de proximidade, que: exprimem significados e elaborações importantes, atendem aos objetivos do estudo e possibilitam a construção de novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre o assunto.

A análise apoiou-se no quadro conceitual da abordagem ergológica de Schwartz e da PNAB, e nos resultados optou-se por apresentar cada uma das duas categorias como grandes enunciados.

Os dados obtidos foram discutidos e validados em um grupo focal, para o qual todos os entrevistados foram convidados, mas três médicos e três enfermeiros participaram. O conteúdo extraído do grupo, incorporado à análise de conteúdo, é identificado no texto como GF.

Assim, as mudanças no trabalho, provocadas pelos cursos, foram agrupadas em duas grandes categorias temáticas, a saber: 1) abriu-se um universo de conhecimentos; 2) um novo modo de fazer em um contexto de trabalho adverso. Entende-se que as categorias estão inter-relacionadas, pois nelas circulam, de maneira variada e em diversos graus, os ingredientes da competência desencadeadores das mudanças nas práticas profissionais. A identificação de ingredientes num determinado tema não significa, necessariamente, a ausência dos demais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SES/DF e todos os cuidados éticos foram tomados.

Resultados e discussão

Abriu-se um universo de conhecimentos

O conhecimento armazenado pelo indivíduo, adquirido na escola, na universidade ou por outros meios, constitui o primeiro ingrediente da competência¹⁶. Trata-se da dimensão conceitual, de tudo aquilo que contribui para que a situação se desenvolva de acordo com um protocolo experimental. No caso do trabalho na APS, ser competente estaria relacionado ao grau de apropriação do conjunto de conceitos, diretrizes e prescrições do campo e do núcleo de atuação profissional. De acordo com Schwartz²⁰, esse ingrediente será sempre objeto de um aprendizado progressivo, e está em relação permanente e dialética com os demais.

Os cursos contribuíram para sedimentar conceitos, “entender a importância” e “ampliar a visão”, relacionada, sobretudo, à concepção de saúde, de atenção básica e ao modelo de atenção correspondente.

“A finalidade do curso foi exatamente fazer transformações nas formações e nos conceitos, em todos os níveis [entender o que é a saúde] envolve a família, o meio ambiente, a alimentação, a escola, o trabalho”. (M1)

“Você trabalha muito com educação, prevenção, com intervenção precoce. É isso que eu entendo de APS. E o curso ajudou a sedimentar estes conceitos”. (E1)

Compreender o que é a APS e de que maneira ela se insere na organização do sistema de saúde é essencial para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Ter domínio das normas antecedentes, ou seja, de tudo aquilo que antecipa o trabalho, é uma das condições para a qualificação do cuidado e a eficácia das ações:

“Você começa a ver com olhos mais apurados a importância da APS e a focar cada vez mais nisso, não só a medicina hospitalocêntrica, e que a grande maioria dos problemas pode ser resolvido na APS”. (M2)

Entretanto, a apreensão de conceitos e as múltiplas possibilidades de aplicação no trabalho ocorrem na relação com o mundo real, no cotidiano das práticas, que nem sempre é facilmente compreensível: “A gente cansa de fazer atenção primária, não é fácil, dá vontade de desistir, mas aí você volta novamente com esses cursos para estabelecer e falar não, o certo é fazer aquilo ali” (M5).

O curso proporcionou, aos profissionais, a oportunidade de estabelecer relações da teoria com a sua própria experiência no contexto de trabalho, antecipando, de algum modo, o que poderá se configurar como uma nova maneira de atuar: “Faltava para mim embasamento teórico [...], mas agora o mais importante é que agora eu sei como fazer, agora eu entendo melhor como funciona essa AB” (GF).

A experiência vivida faz com que o profissional, numa determinada situação, mobilize saberes mais ou menos vastos, e cada nova situação vai aumentar a sua experiência. Segundo a estrutura de seus saberes, o profissional relaciona a situação atual com casos anteriores e, a partir daí, poderá emanar regras mais gerais, ou, ao contrário, elementos novos virão somente se justapor aos precedentes, sem que novas ligações sejam estabelecidas²³, configurando, para cada um, “uma forma singular de estar no mundo”²⁴ (p. 87).

O estudo permitiu visualizar o engajamento do profissional com seu trabalho, mesmo em situações adversas, e o processo de aprendizagem para enfrentamento de deficiências da gestão, destacando-se a mobilização dos ingredientes 4 e 5 da competência – reflexão e ação:

“Eu não aprendi isso em nenhum lugar, eu vim de hospital, trabalhei 10 anos lá, caí na saúde pública com uma equipe para coordenar, sem saber nada, nem um preventivo eu sabia

colher, eu aprendi lá dentro com a médica que entrou comigo. Então para mim foi tudo um aprendizado, aprendendo fazendo mesmo e o curso veio para fazer com que eu refletisse sobre isso". (E1)

O quarto ingrediente "introduz uma espécie de ruptura no inventário"¹⁶, (p. 125) criando oportunidade de debate das dinâmicas e limitações próprias ao meio de trabalho, onde se desenvolve a vontade "políticogestionária"¹⁶ (p. 126) e a possibilidade de construção de "uma real pedagogia de redescobrimto de seus próprios recursos"¹⁶ (p. 126), que podem ser desenvolvidos ou bloqueados.

Os participantes consideraram que o curso trouxe uma visão mais humanizada da assistência, de valorização da família e de construção de vínculo com os usuários, potencializando o uso das tecnologias de relações sociais que tem se constituído em ferramentas potentes de trabalho para a construção de relações acolhedoras e responsáveis com os usuários e famílias²⁴.

"[...] o curso contribuiu nessa visão de vínculo, de responsabilização de territórios [...] quem está chegando a gente tem que acolher, falar como é que trabalha, aceitar as ideias novas que ela está trazendo". (M3)

"Reconhecer no outro um cidadão, que ele é um sujeito integral, que precisa do meu trabalho e que a gente pode trabalhar juntos numa visão um pouco menos burocrática". (E2)

O conhecimento e desenvolvimento de habilidades para ouvir a comunidade e oportunizar sua participação também foram mencionados como mudança provocada pela formação: "[...] ouvir a comunidade, a questão do planejamento participativo da comunidade ajudar a planejar" (E3).

O curso proporcionou conhecimento técnico e científico e o desejo de incorporar inovações ao trabalho realizado:

"A parte técnica mesmo de coleta de preventivo, [...] que eu não sabia fazer e aprendi lá". (E6)

"[...] procurar mais bibliografia, estudar mais, trouxe novidades, até uma metodologia diferente para ser aplicada no programa". (D2)

Também proporcionou a clareza do trabalho em equipe para aumentar a resolubilidade da APS, bem como a troca de experiências com outros profissionais: "Entender a importância do trabalho em equipe, aprendizado em conjunto que a questão não é medicocêntrica, mas é uma discussão da equipe com o paciente e vice-versa" (M2).

O poder falar de si e conhecer o que o outro faz, desenvolve a confiança e potencializa a cooperação, elementos fundamentais para que haja sinergia no trabalho coletivo. Cada profissional tem um patrimônio de experiências pertinentes a sua atividade de trabalho e a sua vida, o que caracteriza o ingrediente dois da competência. Mas experiência é formadora, desde que tenhamos condições de refletir sobre ela e sobre a sua contribuição à atuação profissional²⁵.

O processo de formação pode potencializar o desenvolvimento do terceiro ingrediente, que é a capacidade de articulação dos conhecimentos armazenados com a experiência prévia para enfrentar a singularidade de cada situação. Quando o profissional aprende a norma antecedente, a primeira antecipação, ele é enviado ao seu contexto de trabalho, ao debate de normas e de valores, e esse arcabouço vai guiá-lo na segunda antecipação, que ocorre no momento do agir, onde ele vai retrabalhar as normas, e que poderá configurar um novo modo de fazer²⁰.

Um novo modo de fazer em um contexto adverso

A mobilização de conhecimentos fornecidos pelo curso, somada aos conhecimentos prévios e em confronto com a experiência vivida, produziu mudanças no modo de fazer no cotidiano do trabalho, e evidencia a potência da formação para ativar o conjunto de ingredientes da competência. A

aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos em cursos *latu sensu* em saúde da família também foi relatada em estudo realizado por Maciel et al.²⁶.

As mudanças, evidenciadas nos depoimentos a seguir, estão associadas, sobretudo, a uma atitude que se concretiza em ações no âmbito da gestão, organização e adaptação do trabalho às necessidades da comunidade: no compartilhamento de problemas e soluções com a equipe e com os usuários, no modo de organizar e conduzir reuniões, na divisão de tarefas, na reorganização de fluxogramas da unidade, na maneira de organizar e conduzir grupos com usuários, e na relação com a comunidade.

A atitude é um componente fundamental para o agir profissional e “implica não se deixar limitar pelas antecipações, se autorizar a recriar normas em nome daqueles que são sujeitos do cuidado e a interpretar e questionar as normas que são impostas”¹⁷ (p. 3209).

O estudo evidenciou o protagonismo dos profissionais mesmo diante de um contexto de APS adverso. Foram mencionadas: dificuldades ligadas ao modelo de gestão verticalizado, as constantes mudanças nos cargos, a inexistência de uma rede de atenção organizada, somada ao despreparo dos profissionais para atuar na ESF, a estrutura inadequada das unidades, e equipes da ESF com responsabilidade acrescida, assumindo áreas descobertas.

“Nós somos jogados na APS como se fosse uma coisa muito fácil”. (E5)

“[...] muda a gestão, muda a equipe e é sempre um recomeço. Então a gente pensa que em algum momento a gente se perde, dá um passo atrás para se organizar de novo”. (M3)

Condições de trabalho inadequadas têm sido apontadas em diversos estudos como elemento que impede ou contraria o alcance das ações preconizadas^{7,8,27}. Apesar dos esforços da SES/DF para adotar a ESF como modelo, não houve mudança nos demais níveis de atenção do sistema de saúde, de forma a garantir uma rede de serviços adequada à proposta de reorganização da APS²⁸. Além disso, a ESF foi organizada de maneira pulverizada, dificultando a integralidade da atenção, e a estrutura insuficiente resultou em baixa cobertura²⁹, que, em 2012, estava em torno de 15,33%¹.

Mudar o modo de fazer não é simples. Os profissionais se veem diante do conflito entre as normas emanadas pela PNAB e pela aprendizagem nos cursos em oposição às normas impostas pelos gerentes locais, cujas práticas estão distantes do que se entende por gestão comunicativa e cogestão³⁰.

“[...] se você for perguntar para a gestão o que é para fazer, eles vão falar para não fazer nada disso. Que é para encaminhar e pronto. Que é só para atender a quantidade”. (M5)

A lógica de produtividade imposta pelos gestores se opõe aos valores de integralidade e acesso com qualidade prescritos na PNAB, e os profissionais negociam e exercitam, de modo distinto, diferentes graus de autonomia:

“Eu comecei a questionar isso junto a minha chefia, eu diminuí a minha produção de pré-natal [...] e como eu melhorei [...] indicadores, melhorei fazendo uma consulta mais sistematizada, num tempo maior. Acho que isso também foi um grande ganho para mim”. (GF)

“Eu tentei fazer [...] várias mudanças e infelizmente a gente esbarra no modelo de APS em vigor, existe resistência dos próprios profissionais, do gerente de enfermagem, [...] vários colegas não conseguem colocar em prática, [...] eu tentei em vão [...]”. (E7)

Atuar segundo as necessidades de saúde da população está diretamente relacionado à possibilidade de o sujeito construir sua identidade no trabalho, que, por sua vez, depende do espaço deixado ao desenvolvimento da experiência, bem como da consideração pela hierarquia das formas de experiências desenvolvidas:

“O que eu percebi foi com relação a fluxo de paciente que mudou, atendendo uma demanda mais espontânea, menos atendimentos agendados como a gente fazia antes, abrindo algumas exceções, coisa que a gente não fazia”. (GF)

“Mudou muito a questão do grupo não ser só de palestras e sim uma roda de conversa, ouvir mais o paciente, se aproximar mais deles”. (E3)

Colocar em prática essas mudanças significa enfrentar, também, os constrangimentos do meio.

“[...] a gente não faz tanto como deveria [grupos] porque não tem espaço físico, é uma unidade com duas equipes, então eu divido o consultório com a médica, quando eu to ela ta na rua, mas a gente dá um jeito, como em tudo dá”. (E1)

“A gente tem conseguido trabalhar de forma independente, inclusive não sei se meu gerente ou meu diretor sabe de tudo que eu faço”. (M4)

A ausência de trabalho intersetorial tem sido apontada como uma das questões-chave a ser enfrentada pela gestão do trabalho na ESF^{4,14}. Os profissionais sinalizam que novas formas de abordagem comunitária e intersetorial passaram a ser desenvolvidas após o curso, mas destacam os limites da cultura predominante, em que as pessoas valorizam, sobretudo, consultas em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde:

“A gente passou a procurar mais o conselho tutelar, a administração regional, os comerciantes”. (D2)

“Mobilizar a comunidade ainda é bastante difícil [...]. Então essa coisa de fazer o planejamento participativo é uma coisa que eu aprendi no curso, mas que até hoje a gente ta tentando aplicar na prática”. (E5)

A escuta e a inclusão dos usuários nas decisões do cuidado fazem com que o profissional descubra o outro e a si mesmo, e busque o reconhecimento do trabalho realizado:

“Então eu achava que eu pegava uma paciente, fazia com a equipe, vamos pensar numa estratégia para esse paciente, mas eu me esquecia de questionar, de discutir essas ações com o próprio paciente em questão e isso mudou com o curso”. (GF)

“Então no desenvolvimento de um trabalho [...] que eu achei muito bom [...] não só para a nossa realização como médico, a confraternização e os laços de amizade entre alunos da faculdade, entre a equipe e entre os pacientes. Você tinha que saber como abordar, como explicar para ele aceitar a sua intervenção. Fazer a modificação. E depois receber o abraço. Eu recebi muitos abraços. Da senhora que eu evitei a amputação da perna [...]”. (M6)

Para Dejours³¹, o reconhecimento do trabalho passa por dois tipos de julgamento: o julgamento de utilidade e o de beleza. O primeiro trata da utilidade social, econômica e técnica das contribuições individuais e coletivas, que faz com que as pessoas sintam-se pertencendo a um coletivo. O segundo corresponde à atribuição de qualidades dada ao sujeito pelos seus pares, que o distingue dos outros e lhe confere uma identidade singular – a execução de “belas obras”. O reconhecimento profissional vai ajudar a construir a imagem de si do profissional, a autoestima, e fortalece a cooperação.

No elenco de mudanças desencadeadas pelos cursos, consta o trabalho em equipe e a integração dos serviços, como tentativa de atuar de maneira integral e qualificar a gestão do cuidado:

“Ouvir mais, fazer uma escuta mais atenta, ou ver nas entrelinhas e tentar investigar mais. Isso melhorou bem no meu serviço, de chamar todo mundo, dividir o serviço”. (GF)

“Mudança da prática da assistência ao climatério. Foram rotinas que nos permitiram estabelecer uma boa relação com a ginecologia na minha regional, discutir pessoalmente com ele, eu tinha liberdade de ligar, de buscar os pacientes que eu havia referenciado”. (M6)

O trabalho em equipe e o fortalecimento do protagonismo dos profissionais são elementos estratégicos na operacionalização da ESF^{13,30}. Entretanto, trabalhar em equipe não é fácil:

“[...] a gente tem que saber escutar, tem que saber respeitar os limites e quando a gente fica trabalhando ali 40 horas semanais com as mesmas pessoas é como se fosse a nossa família mesmo, então tem suas vantagens, seus problemas, cada um tem o dia que chega meio amargurado no serviço, cada um tem aquele dia que fica mais exaltado. Então no curso a gente trabalhou também essa questão de respeitar o outro da equipe e saber lidar com essas diferenças”. (E5)

E os profissionais relatam dificuldades para contar com a colaboração de colegas e o uso de estratégias para efetuar mudanças no trabalho:

“Uma coisa que eu aprendi também, tanto trabalhando como no curso é que tudo que é novidade todo mundo rejeita, tem medo. Quer fazer uma mudança, ótimo! Mas eu não posso chegar ‘Vamos mudar!’, ninguém aceita. Aí a gente joga a ideia, aí depois que acostumou com a ideia ‘então vamos mudar’. Entendeu?”. (E4)

A “resistência à mudança” pelos profissionais de saúde pode ser atribuída, muitas vezes, à recusa a determinadas condições e modalidades de mudança. Estas devem ser apropriadas pelos trabalhadores a partir do patrimônio de conhecimentos, de saberes práticos e de valores que eles portam. Algumas mudanças podem aparentar resistências, mas serem um movimento de autocuidado do trabalhador para manter-se saudável no trabalho: “Eu identifico que eu passei a respeitar um pouco mais meu corpo. Eu vim de um processo de não parar atendimento e eu passei a prestar atenção também em mim como recurso humano” (D2).

Trabalhar na ESF exige do trabalhador a capacidade: de diagnóstico e de solução de problemas, de tomar decisões e de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e enfrentar situações em constantes mudanças, estar sempre pronto para atender as necessidades de saúde da população, ou seja, é preciso ser competente. A competência é sempre de alguém, é resultado de um conjunto de ingredientes que se articulam dialeticamente no confronto com o meio, que exige respostas no aqui e agora. Pressupõe identificar a necessidade de se reconfigurar uma situação numa determinada circunstância, e supõe a existência de criatividade para articular, nas escolhas, as características gerais e as locais¹⁶.

A competência, como ação eficaz, não se transmite. Ela é produzida pelo indivíduo e pelo coletivo, a partir do momento em que são colocados em situação favorável. Nos casos em que as pessoas são qualificadas e diplomadas, mas a competência não se expressa, é importante olhar as condições de trabalho e agir não apenas sobre os indivíduos, mas criando condições favoráveis para possibilitar a expressão dessa competência.

O processo de mudança na prática dos profissionais não depende apenas dos sujeitos em serviço e dos processos formativos. Além disto, o conhecimento não pode ser tratado como algo que se transfere, mas como fruto de reflexão sobre as práticas em um contexto de construção coletiva.

A realização de um curso tem seus limites e pode não ser “a solução”, mas pode possibilitar a identificação de um caminho a percorrer para enfrentar as dificuldades de implementação de novas práticas segundo os princípios e diretrizes para a APS.

“O curso realmente mostrou que de alguma forma eu posso ir buscar a solução, embora nem sempre eu ache”. (D2)

Considerações finais

É possível concluir, a partir da percepção dos egressos, que os cursos contribuíram para aumentar a competência dos profissionais, na medida em que promoveram aquisição de conhecimentos e impulsionaram novos modos de agir, mesmo em contexto adverso.

No plano conceitual, as mudanças se expressaram: 1) numa visão mais humanizada da assistência, com valorização da família e da necessidade de construção de vínculo com os usuários; 2) no conhecimento e desenvolvimento de habilidades para ouvir a comunidade e oportunizar sua participação; 3) no reconhecimento da importância do trabalho em equipe; 4) na busca por novas formas de abordagem comunitária e intersetorial.

A formação, ao sedimentar e ampliar conhecimentos relativos ao campo de atuação, proporciona, ao profissional, maior domínio das normas antecedentes e a oportunidade de refletir sobre sua própria experiência no trabalho. No presente estudo, essa reflexividade ampliou a capacidade de agir, gerando novas formas de atuar.

O novo modo de fazer está associado à busca de satisfação e reconhecimento do trabalho, e se expressa, sobretudo, numa mudança de atitude que se concretiza em ações no âmbito da gestão, organização e adaptação do trabalho às necessidades da comunidade. Destacam-se as mudanças nas relações dos profissionais consigo mesmo, entre si e com os usuários.

O contexto da APS no DF é limitador, os profissionais têm diferentes graus de autonomia e maneiras de lidar com isto, mas a formação teve potência para mobilizar um conjunto de ingredientes necessários para gerar a competência, sugerindo que a implantação de uma política de Educação Permanente no contexto estudado pode favorecer a efetivação da ESF.

Destaca-se que a dificuldade de inclusão dos profissionais na segunda etapa da pesquisa trouxe limites ao estudo: localização dos egressos, disponibilidade para responderem ao questionário, e tempo decorrido desde a realização dos primeiros cursos.

Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a contribuição de Maria da Glória Lima e de Luana Chaves Barberato no processo de pesquisa.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família: estimativa da população coberta por ACS [Internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso 2014 Dez 22]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [Internet]. Brasília (DF); 2012 [acesso 2014 Dez 22]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):113-8.
4. Graziano AP, Egry EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso 2014 Dez 22]; 46(3):650-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/17.pdf>
5. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família: desafios para mudanças das práticas. *Interface (Botucatu).* 2002; 11(23):655-66.
6. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13(1):23-34.
7. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010; 10 Supl 1:69-81.
8. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(4):779-86.
9. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Moraes SME. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(5):2355-65.
10. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): OPAS; 2012.
11. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saude.* 2011; 9(2):201-21.
12. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis.* 2013; 23(2):415-37.
13. Araújo MBS, Rocha PM. Saúde da Família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Cienc Saude Colet.* 2009; 14 Supl 1:1439-52.
14. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(3):382-92.
15. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLTA, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(10):2687-702.
16. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc.* 1998; 19:101-39.
17. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(11):3203-12.
18. Jobert G. RPS et formation: enjeux et perspectives pour les entreprises: les risques psychosociaux en entreprise [Internet]. Paris; 2010 [acesso 2014 Jan 17]. Disponível em: <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/5832378.PDF>
19. Schwartz Y. Trabalho e uso de si. *Pró-Posições.* 2000; 1(5):34-50.
20. Schwartz Y. Conception de la formation professionnelle et double anticipation. *Educ Perman.* 2013; 19(4):13-29.

21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
23. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie. Lyon: Editions de l'ANACT; 2001. (Collection outils e methodes)
24. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. Interface (Botucatu). 2013; 17(45):357-70.
25. Schwartz Y. A experiência é formadora. Educ Real. 2010; (1):35-48.
26. Maciel ELN, Figueiredo PF, Prado TN, Galavote HS, Ramos MC, Araújo MD, et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. Cienc Saude Colet. 2010; 15(4):2021-8.
27. Bertoncini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. Trab Educ Saude. 2011; 9 Supl 1:157-73.
28. Gottems LBDEA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad Saude Publica. 2009; 26(6):1409-19.
29. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (BR). Plano Distrital Reorganização da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: estratégia de apoio à consolidação de redes de atenção à saúde. Brasília (DF): MS; 2010.
30. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis. 2011; 21(2):629-46.
31. Dejours C. Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. Educ Perm. 1993; 116(3):47-70.

Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Cursos de especialización en Salud de la Familia: qué cambia en el trabajo con la formación?. Interface (Botucatu). 2016; 20(58):691-702.

La persistencia de prácticas orientadas por el modelo biomédico y la falta de articulación entre trabajo y formación son apuntadas como importantes desafíos para la Atención Primaria de la Salud en Brasil, cosa que está siendo actualmente enfrentada con la organización de cursos de especialización en salud familiar y comunitaria. Desde la percepción de alumnos graduados, este artículo analiza los cambios en el propio trabajo después de haber finalizado el curso. Éste es un estudio cualitativo realizado en el Distrito Federal con médicos, enfermeras y odontólogos. Del análisis temático del contenido emergieron dos categorías: "se nos ha abierto un universo de conocimiento" y "ésta es una nueva forma de hacer en un entorno difícil". El contexto es un factor limitante, pero la formación posee la potencia para poder movilizar un conjunto de ingredientes necesarios para generar la competencia profesional.

Palabras clave: Trabajo en salud. Atención primaria de la salud. Salud de la Familia. Formación. Ergología.

Recebido em 16/01/15. Aprovado em 18/12/15.