

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

MERIELLY MARIANO BEZERRA

**TRABALHO E EDUCAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PERNAMBUCO: ANÁLISE A PARTIR DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ-AB**

RECIFE

2017

MERIELLY MARIANO BEZERRA

**TRABALHO E EDUCAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PERNAMBUCO: ANÁLISE A PARTIR DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial ao título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

B574t Bezerra, Merielly Mariano.
Trabalho e educação na estratégia de saúde da família de Pernambuco: análise a partir do segundo ciclo do Pmaq-Ab/ Merielly Mariano Bezerra. ô Recife: [s. n.], 2017.
136 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Estratégia de Saúde da Família.2. Recursos Humanos em Saúde.3. Descentralização.4. Gestão em Saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 614.2

MERIELLY MARIANO BEZERRA

**TRABALHO E EDUCAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PERNAMBUCO: ANÁLISE A PARTIR DO SEGUNDO CICLO DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial ao título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 18/12/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães / FIOCRUZ-PE

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães / FIOCRUZ-PE

Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Professora adjunta do curso de Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória

Dedico este trabalho aqueles que Deus me possibilitou ter como ãmeusõ nesta vida: pai e mãe,
amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pelo incentivo e possibilidade de aperfeiçoamento profissional.

A professora Kátia Rejane Medeiros, pela aposta, ensino, confiança e disponibilidade durante todo este tempo. Pela sua prática que acolhe.

Aos meus colegas de mestrado, pela oportunidade de compartilhar práticas e experiências ao longo desses dois anos, pelo apoio nesta trajetória.

Aos meus pais, irmãos e toda família, pela torcida e fé em mim.

Ao querido Vitor, por compartilhar comigo as incertezas e conquistas.

A Deus, acima de tudo, pela vida, fé e esperança!

BEZERRA, Merielly Mariano. **Trabalho e educação na estratégia de saúde da família de Pernambuco**: análise a partir do segundo ciclo do PMAQ-AB. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária na organização da Atenção Primária à Saúde. Este estudo objetivou analisar as características do trabalho e da educação desenvolvidas na ESF dos municípios de Pernambuco a partir das subdimensões propostas para avaliação externa do PMAQ-AB. Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, com recorte transversal e abordagem quantitativa em Pernambuco no ano de 2014. Os dados quantitativos foram coletados no banco de dados secundário do PMAQ-AB, referentes ao seu segundo ciclo, com uma amostra de 1.834 trabalhadores de nível superior das equipes de Saúde da Família e analisados através da estatística descritiva e inferencial. Constatou-se que o PMAQ-AB apresenta aproximação e coerência com aspectos da precarização do trabalho e valorização do trabalhador, uma concepção estreita de Educação Permanente em Saúde (EPS), mas com potencialidades de análise sobre estas ações contemplarem as demandas e necessidades das equipes e retratar a integração ensino-serviço como um padrão de qualidade. O perfil dos trabalhadores de nível superior da ESF aponta aspectos comuns aos de outros municípios brasileiros, porém com particularidades em relação aos estratos populacionais e categorias profissionais. Prevalece a inserção no trabalho através de contratos temporários (48,4%) e a indicação é a principal forma de ingresso dos trabalhadores na ESF (36,2%). Apesar de 89,4% dos entrevistados referirem participar das ações de EPS ofertadas pela gestão municipal, 36,7% responderam que estas ações não contemplam razoavelmente ou não contemplam pouco. O cenário de precarização do trabalho e de fragmentação da educação na ESF de Pernambuco apontam a necessidade de proposição de políticas públicas para a área, que precisam considerar as situações comuns apresentadas nos municípios, em particular nos de menor porte populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Descentralização. Gestão em saúde. Recursos humanos em saúde. Estratégia de Saúde da Família.

BEZERRA, Merielly Mariano. **Work and education in the family health strategy of Pernambuco:** analysis from the second cycle of PMAQ-AB. 2017. Dissertation (Professional Master's Degree in Public Health) - Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a priority in the organization of Primary Health Care. This study aimed to analyze the characteristics of work and training developed at the FHS of the cities of Pernambuco from the subdimensions proposed for external evaluation of PMAQ-AB. A descriptive-exploratory study was performed, with a cross-sectional cut and a quantitative approach in Pernambuco in the year 2014. The quantitative data were collected through the secondary database of the PMAQ-AB, referring to its second cycle, with a sample from 1.834 graduate workers of the Family Health teams and analyzed through descriptive and inferential statistics. It was verified that the PMAQ-AB presents an approximation and coherence with aspects of the precariousness of work and valorization of the worker, a narrow idea of Health Permanent Education (HPE), but with potentialities of analysis about these actions to contemplate the demands and needs of the teams and portray the teaching-service integration as a quality standard. The profile of the graduate workers of the FHS points common aspects with another Brazilian cities, yet particularities about the population strata and professional categories. Prevails the insertion in the work through temporary contracts (48,4%) and the appointment is the main way of entry of workers into the FHS (36,2%). Although 89,4% of interviewees reported participating in actions of HPE offered by city management, 36,7% answered that these actions "reasonably contemplate" or "contemplate a bit". The scene of precariousness of work and the fragmentation of training in the FHS of Pernambuco point the need of proposition of public policies for the area, which need to consider the common situations presented in the cities, especially those of smaller population.

KEY WORDS: Decentralization. Health Management. Health Manpower. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Síntese das Ações e Eixos Prioritários da DEGERTES.....	32
Quadro 2 - Síntese das Estratégias da DEGES.....	36
Figura 1 - Distribuição dos municípios segundo GERES, Pernambuco, 2012.....	47
Quadro 3 - Distribuição dos documentos relacionados ao PMAQ-AB analisados.....	50
Quadro 4 - Distribuição do número de variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões, do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB.....	52
Quadro 5 - Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões, do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB.....	53
Figura 2 - Passos para organização da oficina.....	113
Quadro 6 - Programação de atividades da oficina.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados por GERES do estado de Pernambuco, 2014.....	83
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir da profissão e tempo de atuação estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.....	84
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir da formação (concluída ou em curso) estratificados por categoria profissional e porte populacional, Pernambuco, 2014.....	88
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.....	94
Tabela 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados partir do agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso estratificados por categoria profissional, Pernambuco, 2014.....	98
Tabela 6 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do plano de carreiras e acesso a incentivo ou gratificação ou prêmio financeiro por desempenho estratificados por categoria profissional e porte populacional, Pernambuco, 2014.....	103
Tabela 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir da participação nas ações de educação permanente estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.....	107
Tabela 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do uso de telessaúde estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.....	109
Tabela 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do subdimensões relacionadas a integração ensino-serviço estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CF - Constituição Federal
CGR- Colegiado de Gestão Regional
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIES- Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CISAPE - Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe como
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica
DEGES- Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS- Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DesprecarizaSUS - Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EP - Educação Permanente
EPS - Educação Permanente em Saúde
EqSF - Equipe de Saúde da Família
GERES - Gerência Regional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES- Instituição de Ensino Superior
INFORSUS- Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MNNP-SUS - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS - Ministério da Saúde
MNNP-SUS - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
NIS - Núcleo Intermunicipal de Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOB-RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
ObservaRH - Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

OS - Organização Social

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAREPS- Plano Regional de Educação Permanente em Saúde

PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PDR - Plano Diretor da Regionalização

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Proge-SUS - Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS

PROMED - Programa de Incentivo a Mudança Curriculares das Escolas Médicas

PRÓ-RESIDÊNCIA - Programa Nacional de Apoio a Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PROSAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas do SUS

RH - Recurso Humano

RUTE - Rede Universitária de Telemedicina

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SPSS - Software Statistica Package of Social Sciences

SUS - Sistema único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNASUS - Universidade Aberta do SUS

VER-SUS - Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 O SUS e o processo de descentralização da saúde	19
3.2 Trabalho e educação na saúde: características e perspectivas	23
3.2.1 Características do trabalho em saúde e as implicações da década de 90.....	23
3.2.2 Trabalho e educação na saúde: concepções e bases legais.....	29
3.2.2.1 <i>A política do trabalho na saúde</i>	31
3.2.2.2 <i>Políticas de educação na saúde</i>	34
3.3 Estratégia de Saúde da Família: contribuições e desafios vivenciados na estruturação do SUS	37
3.2.1 Aproximações conceituais, contribuições e desafio.....	37
3.2.2 O PMAQ como proposta de inovação e qualificação da Atenção Básica.....	41
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
4.1 Desenho do estudo	45
4.2 Período do estudo	45
4.3 Área do estudo	46
4.4 População do estudo	47
4.5 Fonte de dados	48
4.6 Variáveis	51
4.7 Plano de análise dos dados	56
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
6.1 Trabalho e educação na saúde: perspectivas do PMAQ-AB	61
6.1.1 Precarização do trabalho.....	64
6.1.2 Valorização e negociação.....	66
6.1.3 Educação Permanente.....	71
6.1.4 Relação da Atenção Básica com Instituições de Ensino.....	76
6.1.5 Participação e controle social no trabalho e educação na saúde.....	79
6.2 O perfil dos profissionais de formação de nível superior da ESF	80

6.2.1 Caracterização geral.....	81
6.2.2 Características da formação profissional.....	87
6.3 Trabalho e Educação: revelações das EqSF a partir do PMAQ-AB.....	92
6.3.1 Características do trabalho.....	93
6.3.2 Características dos processos formativos nas EqSF.....	105
7 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	113
8 CONCLUSÕES.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB.....	128
ANEXO B - APROVAÇÃO PELO CEP DA PESQUISA.....	136

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde pública, as questões relacionadas ao trabalho e a educação vêm sendo debatidas ao longo de todo percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pela centralidade do tema diante do desafio de fortalecimento da gestão e da atenção à saúde.

Compreender o trabalho em saúde contemporâneo impõe estabelecer a relação entre o contexto econômico e político vivenciados, bem como as transformações ocorridas no mundo do trabalho.

Seguindo essa lógica, cabe destacar, pelo poder de transformação no mundo do trabalho, a desregulamentação das regras do aparelho estatal que representaram o grande mote da onda neoliberal da década de 90. Nesse período, ocorreu a intensificação do processo de reestruturação produtiva, caracterizada pela introdução tecnológica, e, sob a justificativa das imposições macroeconômicas expressas pelas orientações de organismos financeiros internacionais, a redução do papel do estado que é alcançada por meio de processos de privatização, desregulação e terceirização (CAMPOS, 2013; CARVALHO; SANTOS; ESPINDULA, 2008).

Essa conjuntura ocorria em paralelo à construção do SUS, com a descentralização da atenção à saúde e o conseqüente aumento da força de trabalho, principalmente nos municípios. Com a expansão da Atenção Básica (AB), a partir do então denominado Programa de Saúde da Família (PSF) este tornou-se o maior empregador de saúde para várias categorias profissionais (MENDONÇA, 2009; VARELA; PIERATONI, 2008).

Assim, se configura um cenário de divergências no campo do trabalho em saúde representadas pelo aumento do número de postos de trabalho, acompanhado da adoção de relações trabalhistas flexíveis, precarização dos vínculos e alta rotatividade (KOSTER, 2008; RIZZOTTO, 2014).

Das contradições constatadas, a questão dos então chamados "Recursos Humanos" (RH) emerge como enorme problema para a reforma sanitária, invertendo toda a lógica preconizada, ou seja, de serem os trabalhadores peças-chave para a consolidação do SUS (MACHADO, 2009).

Viana, Lima e Ferreira (2010), advertem para o fato de que o SUS foi criado em um país com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, que resultam em um cenário de diversidades das necessidades e da disponibilidade de RH.

Pensar o trabalho em saúde pública também remete a outra preocupação, voltada ao campo da educação na saúde, que refere-se a formação e qualificação, dos gestores e profissionais, comprometida com a consolidação do SUS.

Essa afirmação pode ser explicitada pelo fato de que, considerar a Atenção Primária à Saúde (APS) como estruturante do SUS e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para sua organização, trouxe novas responsabilidades para a gestão e profissionais de saúde, ao exigir mudanças nos processos de trabalho neste nível de atenção, com demandas de novas práticas de cuidado em saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A partir destas mudanças, a formação e qualificação profissional representam, para os autores, um desafio a ser enfrentado na busca por superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2015; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Todavia, a complexidade da temática, leva a necessidade de reconhecer que a educação na saúde precisa ser trabalhada do ponto de vista da produção de conhecimento e das práticas sociais. Essa é uma tarefa para além das profissões da saúde, é uma tarefa para todos os campos de saber entrecruzados com a saúde e com a educação na produção do compromisso ético-político, que norteia o movimento da reforma sanitária brasileira (FEUERWERKER, 2007).

Dada a problemática e a relevância do trabalho e da educação para saúde, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que emerge da necessidade de se implementar uma política de valorização do trabalho e do trabalhador no SUS.

O Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), vinculado a SGTES, estabeleceu as diretrizes nacionais da Política de Gestão do Trabalho na Saúde e vem implementando estratégias de apoio e indução para a reconfiguração, fortalecimento e consolidação da área de Gestão do Trabalho nos estados e municípios. Estes, apesar de estarem desenvolvendo ações que ultrapassam as tradicionais atividades administrativas burocráticas, ainda apresentam baixa capacidade gestora na área (GARCÍA, 2010).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria GM/MS nº 198, substituída em seguida, pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, objetivando a transformação da rede pública de saúde em uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Para Pierantone et al.

(2008), a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) e a implantação da PNEPS, fortaleceu e deu visibilidade à Gestão da Educação na Saúde.

Todavia, considerando a autonomia dos estados e municípios como entes federados, para Pierantoni et al. (2012), o MS precisa demonstrar não apenas o poder de induzir políticas, mas também deve ser capaz de implementar medidas de monitoramento e avaliação da operacionalização pelas instâncias federativas das políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para dar conta das especificidades da área e das tendências de mudanças nessas realidades administrativas.

A análise das questões apresentadas permite indicar que diante da complexidade do SUS e objetivando a garantia do direito à saúde com qualidade, torna-se premente o investimento e adoção de medidas para consolidação e qualificação da APS, através da ESF e de enfrentamento aos desafios no campo do trabalho e da educação na saúde.

O trabalho na ESF tem grande relevância por ser a porta de entrada de toda a população brasileira ao SUS e por ser utilizada por mais de dois terços dessa população. Sendo o trabalho em saúde dependente da atividade humana dos profissionais, e dada a importância da ESF, seus profissionais deveriam ser valorizados pelo Estado e pelos governos.

Todavia, Rizzotto et al. (2014) chamam a atenção para o fato que no Brasil, sob a influência das políticas neoliberais que defendem o Estado mínimo, durante décadas, os esforços estiveram voltados à gestão financeira do sistema tendo como principal estratégia a redução de custos e resolução dos problemas da saúde. Deixou-se de aplicar e implementar inovações na organização dos serviços, na gestão do cuidado e, principalmente, na gestão da força de trabalho em saúde.

No que tange as necessidades de elaborar estratégias de avaliação e inovação de ações na APS, na perspectiva de qualificação da atenção à saúde, é importante discutir dados que revelem informações sobre a ESF e possibilitem construir reflexões sobre o trabalho e a educação na saúde.

A incorporação de práticas avaliativas no cotidiano das instituições e serviços de saúde é uma demanda cada vez mais frequente nas políticas e programas do SUS. Desta forma, a implementação de processos avaliativos vem contribuir para aprimorar a capacidade técnica em todos os níveis de atenção à saúde, ao embasar processos de planejamento, gestão e de tomada de decisão, fornecer subsídios para a elaboração e aprimoramento de políticas, a capacitação de gestores e profissionais e a participação popular (CONTANDRIOPOULOS, 2006; PINTO, 2010; PROTASIO, 2014).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011, apresenta-se como uma estratégia do MS que possibilita dados de avaliação da ESF, a partir das suas equipes de saúde presentes no território brasileiro. O PMAQ-AB está organizado através de dimensões estratégicas que envolvem um conjunto de padrões de qualidade, estes consistem em declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados (BRASIL, 2015).

Aspectos relacionados ao trabalho e educação na saúde estão presentes nestas dimensões. Portanto, vale ponderar sobre o PMAQ-AB, no que concerne ao esforço em produzir informações que possibilitem a identificação sobre os aspectos citados, no cenário da ESF.

Reconhecida aqui, a relevância das questões ligadas ao trabalho e a educação na saúde, aponta-se a potencialidade do PMAQ-AB em dimensionar, considerando os limites do instrumento, as características destas questões nas equipes da ESF (EqSF) do estado de Pernambuco. Utilizar os dados do PMAQ-AB para essa análise/avaliação é importante, visto que o programa existe há mais de 6 anos e teve disponibilização recente dos seus dados, havendo poucos estudos sobre o mesmo.

Parte-se ainda da premissa de que há insuficiência de dados sobre a dinâmica da do trabalho e da educação na saúde, particularmente a partir da realidade dos municípios. Além de que, essa situação dificulta o planejamento e a formulação de políticas públicas de investimento, formação, qualificação e valorização dos profissionais para o SUS. Diante de tal cenário é que se propõe este estudo.

Ademais, analisar a perspectiva dos profissionais das EqSF, protagonistas nas ações de saúde, bem como o recorte territorial por porte populacional dos municípios pernambucanos, proposto para estudo, permitirá uma melhor compreensão das diretrizes e da lógica da organização do trabalho e da educação na saúde na ESF.

Para tanto, este estudo tem como pergunta condutora: Quais as características do trabalho e da educação na saúde que vêm sendo desenvolvidas na ESF de Pernambuco a partir das subdimensões propostas para avaliação externa do PMAQ-AB?

Assume-se como hipótese, no desenvolvimento deste estudo, que nas EqSF de Pernambuco apresentam-se tendências de precarização do trabalho e fragmentação dos processos educação na saúde, com variações entre os municípios pernambucanos conforme o porte populacional. As análises destas dimensões a partir do PMAQ-AB podem revelar aproximações e lacunas do Programa com as diretrizes, princípios e ações de implementação relativas à estas áreas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as características do trabalho e da educação na saúde desenvolvidas na ESF dos municípios de Pernambuco a partir das subdimensões propostas para avaliação externa do PMAQ-AB.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender as relações entre as subdimensões propostas pelo PMAQ-AB com as diretrizes e princípios das políticas do trabalho e da educação na saúde;
- b) Caracterizar o perfil dos profissionais das EqSF dos municípios de Pernambuco que participaram do PMAQ-AB;
- c) Analisar o trabalho e da educação na saúde desenvolvida nas EqSF a partir das subdimensões do PMAQ-AB relacionadas ao Vínculo, Plano de Carreiras e Educação Permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas;
- d) Desenvolver uma oficina estadual com vistas a análise dos resultados deste estudo e construção de propostas para implementação de ações com base nas necessidades e fragilidades identificadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SUS e o processo de descentralização da saúde

O Brasil há algumas décadas vem vivenciando uma valiosa experiência de redesenho de seu sistema federativo. As mudanças que têm sido conformadas, de modo não uniforme, apontam para formatos mais descentralizados e de fortalecimento da capacidade decisória das instâncias subnacionais de governo (SILVA, 2014).

No campo da saúde, a análise deste movimento pode ser estabelecida a partir da Constituição Federal (CF) de 1988. Esta representa um marco na consagração dos direitos e princípios da organização desta política social, que garantiram os direitos individuais à saúde com a definição de que as ações e serviços de saúde devem constituir um sistema único de saúde (GUERRA, 2015).

O SUS, fundamentado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e pelas diretrizes de descentralização/regionalização, hierarquização e participação social, estruturou em todo o território nacional uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde, que deve estar norteada de acordo com a autonomia dos entes federativos e construir relações de complementaridade entre eles (LAVRAS, 2011).

Ao definir a descentralização como diretriz para ampliação da atenção à saúde, institui-se a necessidade de organização e articulação das esferas de governo, em particular dos estados e municípios, até então entes federativos secundários no processo de gestão da saúde.

Diante de tal assertiva é importante destacar que o termo descentralização carrega uma diversidade de concepções e entendimentos em distintas esferas (SILVA, 2014). Todavia, a perspectiva de descentralização aqui expressa, baseia-se na proposição de Lavras (2011, p.4):

Um processo de delegação de poderes políticos fiscais e administrativos à unidades sub-nacionais de governo[...] a partir de 88 adquire nova feição, particularmente pelo reconhecimento dos municípios como entes federativos e pela redistribuição de poder e de recursos da união para estados e municípios.

O processo de descentralização da saúde ganha espaço a partir dos anos 90 induzido através da adoção de medidas voltadas a sua operacionalização. Para tanto, Guerra (2015) sinaliza que foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos

regulatórios que tem o objetivo de organizar o processo de descentralização e ditar os procedimentos e regras para a implementação do SUS.

Todavia, Viana et al. (2015) chama a atenção e destaca que o que se configurou nos primeiros anos de implantação do SUS foi um processo de descentralização tutelada de recursos do governo federal para estados e municípios, conforme critérios estabelecidos. Assim, os estados e municípios ampliam sua participação na prestação de serviços. Com isso, a descentralização, com ênfase na municipalização, passou a ser o centro do processo organizativo gerencial do sistema de saúde (MACHADO; MOYSÉS; LEMOS, 2012).

Diante deste panorama, Campos, Machado e Girardi (2009) ressaltam que durante as décadas de 80 e 90 houve uma proliferação do número de municípios no Brasil, que em 50 anos, dobrou de número.

Assim, para dar conta das questões relativas à saúde pública local, considerando suas especificidades e objetivando reorganizar o modelo de atenção à saúde, no Brasil, a partir dos anos 90, houve o incentivo e o fomento a APS (BEZERRA, 2013). Um forte estímulo à sua implantação ocorreu inicialmente em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a sua expansão, ocorreu a partir de 1994, através do PSF.

São delineadas novas tendências do mercado de trabalho em saúde, nas quais os municípios tornam-se os maiores empregadores da área (MACHADO, 2009); e, conforme Pierantoni et al. (2012), o PSF passa a ser o principal mecanismo de inserção de trabalhadores.

Como forma de afirmar a assertiva acima realizada, cabe observar os dados indicam que em 1992 as Secretarias Municipais de Saúde eram responsáveis pelos vínculos de trabalho de 41,6% da força de trabalho do serviço público de saúde, enquanto que em 2005 este número passou para 68,8% (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2009).

O processo de municipalização no âmbito do SUS pode ser reconhecido como um avanço à política de saúde. Para Viana, Lima e Ferreira (2010), estes avanços estão relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão dos municípios; à instalação de Conselhos de Saúde nas três esferas de governo; ao aporte de recursos financeiros e à progressiva modificação no critério de financiamento; e a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Contudo, em um país em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes é difícil implantar um sistema de base municipal sem aumentar a fragmentação do sistema de

atenção à saúde, com consequentes ineficiências sistêmicas e problemas de má qualidade dos serviços (GUERRA, 2015).

Segundo Guerra (2015), no avanço da descentralização, ainda nos anos 90, evidenciou-se a necessidade do enfrentamento de um conjunto de problemas para garantia da atenção à saúde. Neste sentido, destacam-se a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras e de necessidade de saúde dos municípios; a fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios; a competição entre os entes federados que inviabiliza a real autonomia dos municípios na gestão dos estabelecimentos e recursos financeiros e a fragmentação das ações e serviços de atenção à saúde.

Os municípios, então reconhecidos como entes autônomos, tornaram-se alvo de críticas na sua capacidade gestora. O municipalismo brasileiro, com milhares de municípios pequenos e com grande desigualdade no financiamento e capacidade administrativa, seria o principal obstáculo à consecução da redução das desigualdades sociais e regionais no novo federalismo cooperativo instituído (SILVA, 2014).

Soma-se a este cenário desafiador, comum às políticas públicas de um modo geral, a conjuntura desfavorável relacionada à introdução de medidas de cunho neoliberal no plano econômico, o que trouxe expressivas implicações para o desenvolvimento e os rumos da política SUS (MEDEIROS; ALBUQUERQUE, 2012).

A desregulamentação das regras do aparelho estatal foi o grande mote da onda neoliberal do período. Ocorre intensificação do processo de reestruturação produtiva, caracterizada pela introdução tecnológica e, sob a justificativa das imposições macroeconômicas, expressas pelas orientações de organismos financeiros internacionais, a redução do papel do estado que é alcançada por meio de processos de privatização, desregulação e terceirização (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013; ESPINDULA, 2008).

Na área da saúde tais processos traduzem-se em um contexto de dicotomia das proposições. Esta afirmação pode ser explicitada por García (2010) ao indicar que enquanto a Reforma Sanitária tem como base o Estado Democrático de Direitos, a base da reforma privatista é o Estado Mínimo, na qual prevalece o discurso de que o Estado é caro e não mais tão necessário, devendo se retirar para a ocupação do setor privado.

Estas divergências encontram destaque no campo do trabalho em saúde, visto que, neste período, em âmbito nacional acentuam-se sérios problemas relacionados à área. Desta forma, o processo de reforma administrativa impulsionou à adoção de relações trabalhistas flexíveis e, consequentemente, precárias que ocorria em paralelo à construção do SUS, com a

descentralização da atenção à saúde e o consequente aumento da força de trabalho no seu setor público nos estados e municípios (KOSTER, 2008; RIZZOTTO et al., 2014).

Quanto ao impacto dessa agenda é possível dizer que suas proposições centrais foram amortecidas de um lado, devido à inscrição jurídico-legal do SUS, sobretudo às concepções de direito à saúde e participação cidadã; e, de outro lado, ao processo de descentralização de serviços e ações, que tomou forte impulso, ampliando a presença da esfera municipal e o leque de sujeitos sociais que, em alguma medida, passaram a resistir à onda neoliberal (PASCHE et al., 2006).

Assim, a partir dos desafios impostos, a regionalização ganhou um destaque no sentido de organizar redes assistenciais que possam efetivar o cuidado integral à saúde (GUERRA, 2015). Para fortalecer e contribuir na implementação do processo de regionalização nos estados, o MS, através da Portaria nº 4.279 de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS.

Para o MS as RAS têm como objetivo:

Promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integração e de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema no aprimoramento do acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

São então definidas as regiões de saúde como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das RAS, bem como o processo de regionalização como estratégia fundamental para a sua configuração (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, cabe ressaltar que a participação municipal no SUS não pode se limitar à melhoria de atendimento no âmbito local, embora tal fato seja fundamental. Também deve abranger uma área mais ampla, incorporando a questão regional no horizonte de suas preocupações e buscando contribuir para a evolução do sistema. Assim, o estabelecimento da rede hierarquizada e regionalizada de serviços beneficiará a totalidade dos cidadãos do Estado (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Pode-se então afirmar que o processo de descentralização reforçou a importância do setor saúde como empregador, visto que, possibilitou a ampliação da participação dos municípios na oferta de serviços de saúde à população. Logo, no contexto da municipalização da saúde faz-se necessária a revisão das agendas de algumas de suas áreas, como da gestão do trabalho e da educação (MEDEIROS; TAVARES, 2012).

A relevância desta área é afirmada por Seidl et al. (2014), ao referirem que um dos maiores desafios ao fortalecimento do SUS está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para a implementação de políticas, em especial as mudanças propostas para a reorientação do modelo assistencial.

Considerando a importância do trabalho e da educação na saúde para a consolidação do SUS e diante das reflexões apresentadas até o momento, sobressai a necessidade de analisar as características gerais do trabalho em saúde, os efeitos produzidos pela reforma de Estado dos anos 90, bem como as agendas políticas e ações de implementação propostas para este campo que vêm sendo pautadas para superação e enfrentamento aos desafios da área.

3.2 Trabalho e educação na saúde: características e perspectivas

3.2.1 Características do trabalho em saúde e as implicações da década de 90

O trabalho na área da saúde é considerado uma atividade essencial para a vida dos homens. Configura-se como parte do setor de serviços apresentando uma simultaneidade entre produção e consumo, ou seja, representa um tipo de trabalho que se completa no mesmo momento de sua realização (PIRES, 1998; SILVA, 2006).

A produção na saúde realiza-se por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2008).

Em uma perspectiva de afirmação do direito à saúde, o trabalho em saúde deve tomar como objeto central as necessidades dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas de cuidado à saúde (KOSTER; MACHADO, 2012).

O trabalho em saúde é um processo de transformação no qual o agente faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se. As ações são desenvolvidas com base em um saber operante e em um dado modelo tecnológico que traduzem projetos coletivos e individuais, pois o sujeito do trabalho, além de portador de projetos e valores coletivos e/ou institucionais, tem projetos próprios que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa aos primeiros (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Tomando por base este enunciado, evidencia-se dois aspectos significativos a serem analisados, pertinentes ao trabalho em saúde: um é o uso de tecnologias e suas dimensões, e o outro diz respeito à subjetividade do trabalho e do trabalhador de saúde.

Nessa compreensão, considerando-se que todo trabalho é mediado por tecnologias, Merhy (2007) pontua que o trabalho em saúde envolve o uso de 03 tipos de tecnologias de ação: leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são configuradas por meio das relações que se expressam nas práticas de acolhimento, de vínculo, para com os usuários, e de gestão, como forma de governar processos de trabalho. São identificadas como leve-dura as tecnologias relacionadas ao conhecimento técnico (saberes estruturados) e a forma singular como esse conhecimento é empregado por cada profissional. O terceiro tipo de tecnologia se refere aos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais, estes são denominadas de tecnologia dura.

Já para Peduzzi e Schraiber (2009), as tecnologias do trabalho em saúde podem ser definidas a partir de duas dimensões: a material e a imaterial. A primeira envolve os equipamentos, os materiais de consumo, as instalações, entre outros. Enquanto as tecnologias imateriais são os saberes que se articulam com os agentes e os instrumentos materiais e que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Quanto ao teor de subjetividade que o envolve o trabalho em saúde, Merhy e Franco (2008) justificam que neste campo o trabalho é essencialmente relacional e intercessor, no qual as tecnologias leves devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços/estabelecimentos de saúde. Para Sá e Azevedo (2010), a dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde caracteriza-se como aquilo que, deste trabalho, mais escapa às estratégias de controle gerencial, porém que não pode ser dissociada dos demais componentes deste trabalho (tecnologias, saberes, etc.).

Mintzberg (2009) destaca o caráter profissional dos serviços e das organizações sanitárias como uma peculiaridade à sua gestão. As organizações de saúde são consideradas profissionais, pois dependem destes atores, que possuem graus de autonomia elevados e são treinados por longo período de tempo para funcionar. Assim, configuram-se como uma burocracia profissional, em que predominam a padronização de competências e não a de processos.

Pela complexidade da atenção à saúde, esta atividade exige a atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e ambientes de trabalho e, ainda, de formas de interação com os usuários (KOSTER, 2008). Desse modo, o trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão (PIRES, 2000; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Desta maneira, faz-se necessária a integração e cooperação entre os distintos profissionais envolvidos na produção do trabalho em saúde. Emerge então o trabalho em equipe como uma estratégia necessária para reduzir os efeitos da verticalização do conhecimento e, na saúde, integralizar as práticas do cuidado (GIL; LUIZ GIL, 2016).

Peduzzi e Schraiber (2009) reforçam que o trabalho em saúde, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes tayloristas e fordistas, o que implica constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais.

Pode-se então indicar que, de modo geral, são desconsideradas as características de subjetividade e criatividade dos profissionais de saúde. Assim, denota-se que ainda prevalece a visão do trabalhador de saúde como um recurso.

O conceito «recursos humanos» abstrai os trabalhadores de saúde de suas relações sociais, historicamente determinadas, obscurecendo as contradições e os conflitos do próprio sistema econômico no qual estão inseridos (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Para compreender e aprofundar as reflexões sobre o trabalho em saúde parte-se aqui da reforma de estado dos anos 90, anteriormente debatidas neste referencial, porém, agora com um olhar mais significativo às questões relacionadas ao trabalho em saúde.

A notoriedade dos efeitos e contradições deste período no campo do trabalho em saúde ganham tal proporção que, de acordo com Machado (2006), a década de 90 pode ser caracterizada pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, precarização do trabalho no SUS, crescimento 'anárquico' e sem relação com as necessidades sociais do SUS (por parte das escolas de saúde) e desmobilização do movimento sindical. Em outras palavras, essa pode ser considerada a 'década perdida para os RH em saúde', e seu saldo político 'uma enorme dívida social para com os trabalhadores'.

Neste período opera-se uma redefinição do papel do Estado, que deve tornar-se mínimo e, para tanto, ocorrem reformas administrativas, que por sua vez, causaram no mundo do trabalho um aumento do desemprego e a precarização do trabalho (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Entretanto, no setor saúde, ao contrário do observado no mercado de trabalho, em geral, houve expansão do número de postos de trabalho e aumento do número de ocupações, com a incorporação de diversos outros trabalhadores, que não eram necessariamente profissionais de saúde (administradores, técnicos de outras áreas, pessoal auxiliar etc.). Assim, o setor saúde mantém seu caráter de intensiva e crescente utilização de força de trabalho (KOSTER, 2008).

Esse caráter de importante gerador de postos de trabalho, peculiar do mercado de trabalho em saúde pode ser pensado a partir de duas perspectivas. A primeira, conforme Medeiros (2011), revela uma característica do processo de trabalho em saúde que lhe é fundamental: a exigência de inserção de mão-de-obra humana.

Nesta lógica, quanto a inovação tecnológica, intensificada pelo contexto de reestruturação produtiva dos anos 90, assinala-se que na saúde, diferentemente de outros setores, esta não suprime ou não substitui o uso da força de trabalho (SOUZA, 2011; VIERA; REGO; AMÂNCIO FILHO, 2006).

Entretanto, Pierantoni, Varela e França (2004) ressaltam que o cenário de valorização da ciência e da tecnologia demandam a exigência de novos perfis dos trabalhadores, requerendo nova conformação laboral ditada por tendências (muitas vezes contraditórias) relacionadas com a polivalência, ausência de especialização (ou superespecialização), capacidade de inovação, trabalho em equipe, qualificação e desenvolvimento de novas competências.

Retomando o caráter de ser intensivo de mão de obra, nos anos 90, uma segunda peculiaridade diz respeito à implantação do SUS com intenso processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Assim, Varela e Pierantoni (2008) ressaltam que a implantação do SUS traduziu-se em grande alavanca desse mercado, expressa pela expansão dos serviços básicos da rede pública e dos contratos com a rede privada.

Apesar da expansão do número de postos de trabalho, a carreira no setor público foi secundarizada, com repercussão na consolidação do SUS, pois, mesmo a Constituição Federal (CF) de 1988 expressar a saúde como direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde não foram consideradas como atividades exclusivas do Estado.

Assim, os fenômenos da flexibilização e precarização tomam corpo nas relações de trabalho no âmbito da saúde. Dentre as consequências desse processo de reforma, verificou-se a abertura de precedentes para a proliferação de formas variadas de vínculos empregatícios (muitos deles precários) ainda adotados nos dias atuais em todos os níveis de gestão do nosso sistema de saúde (RIZZOTTO et al., 2014).

O processo de municipalização condicionou o aumento dos vínculos de trabalho com os municípios. Na segunda metade da década de 1990, o PSF caracterizou-se como o principal mecanismo de inserção de trabalhadores de saúde por meio de contratos precarizados (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Tal assertiva pode ser evidenciada por dados, provenientes de estudos realizados pelo MS, que constataram que dois terços dos municípios pesquisados vinculavam os profissionais

com o PSF por meio de contratos precários (contratos temporários irregulares e contratos com autônomos prestadores de serviços) ou terceirizados. Entre 2001 e 2002, na ESF, coexistiam variadas formas de vínculo dos trabalhadores municipais dessas equipes: estatutários e celetistas (em menor proporção: aproximadamente, 13%), temporários, comissionados, bolsistas, prestadores, cooperados, além dos contratos informais e verbais (BRASIL, 2006).

A flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação entre o público e o privado, na área da saúde, tem assumido conformações várias, tais como modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde, representadas por Organizações Sociais (OS), fundações estatais de direito público ou privado, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), consórcios de direito público ou privado, entidades filantrópicas, cooperativas e Organizações Não Governamentais (ONG), bem como terceirizações de um conjunto de atividades relativas à gestão (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Como consequência deste processo, percebe-se a contratação de profissionais com salários diferentes para a realização de trabalhos semelhantes, criando uma multiplicidade de remunerações, vínculos e formas de contratação (SEIDL et al., 2014).

Segundo Araújo et al. (2006), o trabalho precário se caracteriza pela ausência de proteção social do trabalho havendo perdas de direitos que são assegurados constitucionalmente, em que outras questões podem se encontrar nessa conceituação, tais como baixos salários, condições inadequadas de trabalho e excesso de jornada de trabalho. Igualmente nítidas são as consequências que a precarização traz para a vida do trabalhador, e, em decorrência, para sua saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

É necessário destacar, aqui, que a precarização dos vínculos de trabalho compromete a relação dos trabalhadores de saúde com o sistema, prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados, em razão de consequências como a alta rotatividade de profissionais e a impossibilidade de se efetivarem processos de planejamento de médio e longo prazos (BRASIL, 2006).

No caso do SUS, incluindo a Atenção Básica (AB), a precarização dos vínculos e da regulação das relações de trabalho somam-se a insuficiência de recursos financeiros, com sobrecarga dos municípios em relação aos custos da assistência, bem como os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) são fatores determinantes da baixa capacidade dos municípios na gestão da força de trabalho desde a contratação e, conseqüentemente, na composição e distribuição das equipes e fixação dos profissionais para cobrir as demandas dos serviços (RIZZOTTO et al., 2014).

Esta conformação, para Costa (2000), resulta em uma convivência de formas híbridas de organização do trabalho, persistindo processos de trabalho com ausência efetiva de participação dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou especializações que visam mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada", cobrança de maior produtividade, assim como, a introdução de contratos temporários, eventuais, com perda progressiva de proteção social.

Segundo Marques (2013) e Araújo et al. (2006), as exigências da reestruturação produtiva, flexibilidade do mercado de trabalho e da polivalência dos trabalhadores têm alterado o sentido do trabalho, transformando-o numa associação ao exercício da atividade produtiva. Neste contexto, tem sido indicada a correspondência do fim do trabalho ao fim do trabalho estável (ARAÚJO et al., 2006).

Contrapondo-se a esta colocação, reafirma-se a importância do trabalho para a sociedade sem negar a necessidade de que sua concepção atual precise ser redimensionada, constatando-se que este processo é na verdade uma desqualificação, expressa pelo aumento da precariedade e pela perda dos direitos sociais adquiridos (ANTUNES; ALVES, 2004; ARAÚJO et al., 2006).

O mundo do trabalho, portanto, está em (re) construção constante, relacionada as importantes transformações políticas, econômicas e sociais vivenciadas. Importantes mudanças na estruturação e organização das relações entre o trabalho e os trabalhadores, que representam desafios a toda sociedade, assumem particularidades no campo da saúde.

Para Rizzotto et al. (2014), a deterioração do trabalho em saúde, decorrente dos fatos apresentados, obrigaram os governos a admitir que a força de trabalho em saúde é central para a consolidação de um sistema de saúde de qualidade e deve ser regulada pelo Estado.

A preocupação com a questão dos RH emerge do reconhecimento desta área como um dos pontos críticos da gestão e da atenção à saúde. De fato, a escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão, além da precarização das relações de trabalho, somadas à inadequação dos perfis e ausência de compromisso de grande parte dos profissionais e trabalhadores de saúde para com o SUS, constituem, hoje, um dos grandes desafios à sua consolidação (PINTO; TEXEIRA, 2011).

O enfrentamento dessas dificuldades vem gerando a elaboração de várias propostas de soluções e arranjos para a gestão dos trabalhadores da saúde, especificamente no âmbito estadual e municipal, por conta do processo de descentralização (PINTO; TEXEIRA, 2011).

Desse modo, as situações vivenciadas e os desafios apresentados dão sentido à necessidade de uma revisão das ações e agendas políticas que vêm sendo desenvolvidas para organização do trabalho e da educação na saúde.

3.2.2 Trabalho e educação na saúde: concepções e bases legais

No Brasil, pode-se reconhecer que a trajetória da proposição de políticas para área do trabalho e educação na saúde se conforma vinculada ao contexto mais amplo de construção do SUS e aos contextos social e político, deste período até os dias atuais. Desde os anos 70, as reflexões relacionadas a esta área vem ganhando consistência no cenário internacional, especialmente na América Latina com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

De modo geral, na década de 1980, as contribuições para então denominada área de RH estão no plano teórico-conceitual, com impactos na legislação sanitária em vigor tais como a crítica ao enfoque normativo do planejamento de RH na saúde e as discussões acerca do processo de trabalho em saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Em 1986 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), que teve como tema central a Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária. Nesta ocasião, os debates ocorreram em torno da valorização do profissional, preparação, organização dos trabalhadores e a relação do trabalhador com o usuário do sistema de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1993).

A análise do arcabouço legal do SUS permite inferir a preocupação com necessidade de formar de profissionais com perfil condizente com seus princípios e diretrizes. Esta afirmação, como indica Pierantoni et al. (2012), decorre do texto constitucional. No qual o Artigo 200, inciso III, fica determinado que compete ao SUS ordenar a formação de RH em saúde.

Na década de 90, os efeitos negativos produzidos sobre as questões do trabalho, transformaram a questão de RH em um enorme problema para a reforma sanitária, invertendo toda a lógica preconizada, ou seja, de serem os trabalhadores peças-chave para a consolidação do SUS (MACHADO, 2009).

Apesar da ausência de uma política de RH para o SUS, García (2010) descreve que alguns processos significativos podem ser identificados neste período, como: a organização da

Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED).

Com vistas à complexidade dos problemas que afetam a gestão de RH no âmbito do SUS, em 1998, foi elaborada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH). Esta norma visa instrumentalizar gestores, formadores, trabalhadores e usuários para lidar com as questões referentes ao processo de trabalho e aos trabalhadores (PIERANTONI et al., 2012).

Postos os desafios e com a emergência de uma nova política de governo a partir dos anos 2000, a proposição de medidas relacionadas a área do trabalho e da educação na saúde passam a ser tratadas na agenda federal que propõe a valorização do trabalho e do trabalhador.

Nesse caminho, em 2003, as proposições da NOB/RH são incorporadas à lógica da gestão do SUS. De acordo com Pierantoni et al. (2012), foi neste ano que, buscando o equacionamento dos problemas existentes para o efetivo desempenho do SUS de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema, o MS criou a SGTES, que passa a compor o MS em seu primeiro escalão. Para García (2010), esse fato reafirma a relevância da área de recursos humanos para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

A SGTES é composta por dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2005). As agendas políticas positivas que surgem nesse período são induzidas pelo governo federal, através dos órgãos acima citados e devem ser capilarizadas aos estados municípios.

A partir deste marco, se configuram inovações conceituais e práticas, que emergem do reconhecimento que o trabalhador do SUS é elemento central e condição essencial para adequada atenção à saúde. Nesta direção, a conhecida área RH em saúde passa a ser denominada de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Apesar do esforço de implementação da política de recursos humanos pela esfera federal, não houve capacidade de modificar os processos de formação e do trabalho, com vistas aos objetivos do sistema de saúde brasileiro. Ainda que sejam observadas mudanças pontuais, permanece o distanciamento entre discurso e práxis, que condiciona uma baixa institucionalidade da área, tanto no campo da política como da gestão. Trata-se de um processo em construção que, embora venha evoluindo, ainda apresenta fragilidades que dificultam a institucionalização das mudanças (PIERANTONI et al., 2012).

A gestão do trabalho e da educação na saúde deve entrar nas agendas de governos como prioridade, para equilibrar o descompasso entre as necessidades dos gestores, profissionais e usuários. Para isso, requer cada vez mais estudos que contribuam para sua maior compreensão e, por conseguinte, colaborem com seu desenvolvimento. Assim, coloca-se como desafio a busca por mecanismos capazes de dar conta da diversidade de situações num país de dimensão continental como o Brasil (KOSTER, 2008).

Cabe realizar algumas reflexões, que permitam uma identificação geral das proposições de cada componente desta área.

3.2.2.1 A política do trabalho na saúde

As características do trabalho em saúde é um trabalho coletivo, multidisciplinar, relacional, que exige uma interação constante não só entre profissionais, mas também entre profissionais e usuários é são razões pelas quais os trabalhadores exercem papel estratégico para que o SUS alcance seus princípios e diretrizes. As mesmas também reforçam a relevância e a complexidade da gestão do trabalho no SUS, exigindo mais atenção nas agendas políticas e técnicas e maior reconhecimento sobre a importância da força de trabalho em saúde (SANTINI et al., 2017).

O estabelecimento do departamento de Gestão e Regulação do Trabalho obedece à concepção em que se faz necessário dispor de diretrizes que ordenem as relações de trabalho no SUS, em conformidade com as normas jurídicas básicas e com os objetivos e os critérios da política de saúde. Os municípios têm autonomia para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores, logo entende-se que o MS deve desempenhar um importante papel na regulamentação e cooperação técnica de diversos aspectos da gestão do trabalho (ARIAS et al., 2006).

Tal conformação pressupõe a garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); vínculos com proteção social; espaços para discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, como as mesas de negociação permanente, bem como a capacitação e educação permanente. Esses aspectos tratados na 3ª edição da Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a valorização e a qualificação do profissional do SUS (GARCÍA, 2010).

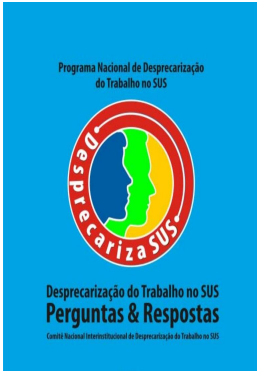
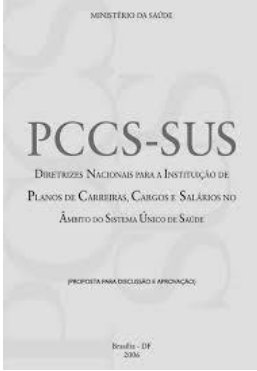
Com base no panorama, destacam-se como ações desenvolvidas pela SGTES, através do DEGERTS: a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS

(DesprecarizaSUS), conduzido pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS); a instituição do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde; a discussão para implementação do PCCS no SUS (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Em assunção da necessidade de descentralizar a importância dada à área de RH para as secretarias municipais e estaduais de saúde, é formulado o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). Para Carvalho, Santos e Campos (2013), o ProgeSUS busca cooperar técnica e financeiramente com estados e municípios, visando à qualificação e o fortalecimento das estruturas de RH, destacando-se entre seus componentes a criação de um banco de dados e de um Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (INFORSUS). O Quadro 1 sintetiza aspectos principais de algumas destas ações ou eixos prioritários.




Quadro 1 Síntese das Ações e Eixos Prioritários da DEGERTES

(continua)

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Criado em 2003, instalado em 2004, objetiva discutir soluções para a precarização do trabalho no SUS, além de apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Desprecarização do Trabalho; - Funções principais: fixar diretrizes para recadastramento nacional dos trabalhadores em situação precarizada; monitorar as formas de substituição do trabalho precarizado; dimensionar e estimular a realização de concurso; estudar viabilidade das formas alternativas de contratação; avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal; induzir uma nova concepção de relações estáveis de trabalho; propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que estimule as formas legais e desprecarizadas de relação de trabalho; valorizar e divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho do SUS.
Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2004, o MS criou a Comissão Especial para Elaborar as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS, coordenada pela SGTES/MS. Formada por gestores e trabalhadores do SUS, tem como objetivo de orientar a criação ou reformulação de planos de carreiras nas instituições do SUS, incentivando o esforço por uma melhor gestão. - No ano de 2007, o MS publicou as Diretrizes do PCCS-SUS. Estas Diretrizes devem ser utilizadas como um documento referencial para a elaboração de planos de carreiras no SUS e gestores têm ampla autonomia para elaborar seus planos de carreiras, definindo a estrutura e um sistema de desenvolvimento. - Para facilitar a concretização do plano de carreiras como instrumento estratégico para a gestão de pessoal, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 1963, de 14 de agosto de 2007, que instituiu Comissão para assessorar gestores de todas as esferas do SUS na elaboração ou reestruturação de seus planos de carreiras.

Quadro 1 Síntese das Ações e Eixos Prioritários da DEGERTES

(conclusão)

Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Tem suas bases oriundas do conceito de controle social e conta com a participação de trabalhadores, empregadores, gestores e governo, com autonomia para discutir, de modo propositivo, todos os aspectos do funcionamento e das relações de trabalho no SUS: jornada, condições de trabalho, salário e carreira; - Reinstalada em 2003 e desde então elaborou protocolos para a instalação de mesas estaduais e municipais de negociação permanente do SUS e do processo educativo de negociação do trabalho no SUS. Além disso, aprovou o documento de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, no âmbito do SUS; - Importante avanço foi a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).
Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Instituído em 2006 pelo MS, trata-se de um programa de cooperação técnica e financeira com Estados e municípios a fim de desenvolver ações conjuntas para a criação, fortalecimento e modernização dos setores de gestão do trabalho e da educação no SUS. - Componentes: <ol style="list-style-type: none"> 1) Financiamento para a modernização dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, através da aquisição de mobiliário e equipamentos de informática; 2) Desenvolvimento e oferta, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde das Secretarias de Saúde que queiram adotá-lo; 3) Capacitação das equipes que atuam no referido setor nas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; 4) Participação, por parte das Secretarias de Saúde que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações da Gestão do Trabalho no SUS.
Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde	
	<ul style="list-style-type: none"> - Através da Portaria nº 929, de 2 de maio de 2006, o MS criou o Fórum Permanente MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, com composição semelhante à da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. - É uma instância que busca o permanente diálogo e a cooperação entre gestores e trabalhadores da saúde para atingir um consenso sobre a posição do Brasil no MERCOSUL. - Principais objetivos: formular políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que levem à maior cobertura e maior qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do Mercosul; elaborar propostas que auxiliem na definição e na implementação da agenda de trabalho.

Fonte: Adaptado de Brasil (2005, 2009).

Em 2006, o MS inseriu no Pacto pela Saúde demandas por provimento e qualificação profissional de seus servidores (PINTO; TEIXEIRA, 2011). Essa iniciativa possibilitou a pactuação com os gestores municipais e estaduais e assegurou recursos para área do trabalho e da educação na saúde. Progressivamente, podem ser identificados frutos dessa pactuação, tais como: o surgimento de estruturas locais de gestão do trabalho e de educação na saúde, a criação de mesas de negociação do trabalho, maior dedicação dos gestores às discussões dos assuntos referentes a esse campo, assim como mais participação do Congresso Nacional na discussão dessas questões (GARCÍA, 2010).

3.2.2.2 Políticas de educação na saúde

Confirmando a relevância do trabalhador no contexto do SUS, no que se refere à educação na saúde, aponta-se a necessidade de qualificação de gestores e profissionais, visando ao exercício de práticas comprometidas com a sua consolidação. A formação de sujeitos qualificados deve envolver desde a graduação, incluindo a integração ensino-serviço e a formação profissional no ambiente de trabalho (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Na NOB-RH/SUS foram estabelecidos princípios e diretrizes para a implementação de uma política de RH para o SUS. Quanto a educação na saúde, nela estão explicitadas as atribuições e responsabilidades dos gestores das três esferas de gestão: favorecer a mudança dos currículos universitários, por meio da abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS; buscar a incorporação e a participação das instituições de ensino em programas institucionais multidisciplinares e transdisciplinares; e implementar a capacitação continuada em serviço.

Em busca de implementar uma política de educação na saúde, esta, na SGTES, ficou a cargo do DEGES. Este órgão também promoveu mudanças conceituais na forma de conceber a formação dos trabalhadores da saúde, através da Portaria nº 198/04, alterada em 2007, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS), introduzindo o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), como embasamento para a política de gestão da educação no SUS (BRASIL, 2004).

A PNEPS prevê uma condução locorregional, que deve ocorrer através dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação articuladora das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que tem o papel de induzir as mudanças, apoiar e cooperar

tecnicamente com a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e, principalmente, realizar o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de educação implementadas (MACÊDO, 2010).

A EPS tem por base o pressuposto pedagógico da noção de aprendizagem significativa, em que os processos de capacitação devem ser estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, rompendo com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente (CAMPOS, 2006).

Entre as diretrizes para a Educação Permanente, o pacto de gestão considera a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde uma estratégia do SUS para a educação e o desenvolvimento de seus trabalhadores, definindo para o processo de avanço na sua implementação, a cooperação técnica e articulação entre gestores, das três esferas de governo, instituições de ensino, serviços de saúde e controle social; a compreensão dos conceitos de formação e educação permanente adequando-os às distintas lógicas e especificidades das esferas de gestão; e a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras (BRASIL, 2006).

Reorganizar a gestão, pensando no trabalhador, sua centralidade e potencialidade para a construção, em última instância, de um sistema de saúde implicado na construção de sujeitos-trabalhadores qualificados, requer esforço coletivo do conjunto de gestores, trabalhadores e usuários da saúde integrados com as instâncias formadoras.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2011).




Além da PNEPS, transversalizando as práticas de saúde e propostas das agendas positivas, estratégias de mudança da educação e qualificação profissional, bem como de integração ensino-serviço, são adotadas pelo DEGES. Entre estas têm destaque: o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Telessaúde, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e, mais recentemente, o Contrato Organizativo de

Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) (BRASIL, 2005; 2007; 2008; 2010; 2013; 2015). O quadro 1, apresenta uma síntese das proposições destas iniciativas.

A partir das ponderações até o momento realizadas, deriva a necessidade de aprofundar o debate, centrando a discussão na ESF, já que é estratégia prioritária que vem sendo desenvolvida na organização do modelo de APS do país. Tal aprofundamento diz respeito às contribuições e desafios deste modelo no processo de atenção à saúde, bem como a necessidade de reestruturação da gestão e proposição de inovações estabelecidas, bem como a situação da sua força de trabalho.




Quadro 2 ó Síntese das Estratégias da DEGES

(continua)

Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS Brasil)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Parceria do MS com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e secretarias municipais de saúde (SMS). - Objetivo do projeto é proporcionar a estudantes universitários da área da saúde vivências e estágios em unidades de saúde municipais. - Em contato com a realidade do SUS, o estudante tem a possibilidade de conhecer os espaços de gestão em saúde, assistência à saúde, educação em saúde e o controle social. (BRASIL, 2008)
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Visa à aproximação entre a formação de graduação e necessidades da AB. - A primeira fase, 2005, contemplou cursos de graduação das áreas que integram prioritariamente a EqSF (medicina, enfermagem e odontologia). A partir de 2007, foi ampliado para os demais cursos de graduação na área da saúde. - A perspectiva do programa é que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção a um ensino integrado ao serviço público de saúde e que responda às necessidades concretas da população na formação dos trabalhadores, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, contribuindo para o fortalecimento do SUS.
Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia do PRÓ-SAÚDE, está voltada para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade. Para tanto, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação. - Para os anos de 2016/2017, tem como edital temático PET-Saúde/GraduaSUS, que incentiva mudanças nos cursos de graduação na área da saúde com vistas à formação qualificada para o SUS. - Nesse sentido, os projetos devem propor ações que buscam desenvolver: mudanças curriculares alinhadas às diretrizes curriculares nacionais; qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o SUS e as instituições de ensino; e articulação com projetos do MS e da Educação e/ou outros projetos de âmbito local ou regional relacionados à integração ensino-serviço-comunidade.

Quadro 2 ó Síntese das Estratégias da DEGES

(conclusão)

Programa Nacional de Telessaúde	
	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativa de qualificação permanente dos profissionais das EqSF, implantando uma infraestrutura de telecomunicação para funcionar como um suporte à equipe. - Possibilita aos profissionais da saúde acesso à capacitação por meio de teleconferências e de uma segunda opinião de casos clínicos à distância voltada para toda a equipe - Busca ampliar o acesso aos serviços especializados, aumentar as atividades de prevenção às doenças, contribuir para fixação dos profissionais, diminuir os deslocamentos dos pacientes, reduzindo os custos de saúde.
Sistema de Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)	
	<ul style="list-style-type: none"> -Busca propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS através da oferta cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS. -O Sistema Universidade Aberta do SUS é composto pelos seguintes elementos: <i>Rede UNA-SUS</i> - instituições públicas de educação superior credenciadas pelo Ministério da Educação para a oferta de educação a distância e conveniadas com o MS para atuação articulada); <i>Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES)</i>- repositório público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, podendo ser compartilhados os produtos disponíveis; <i>Plataforma Arouca</i> - base de dados nacional, integrada ao sistema nacional de informação do SUS, contendo ofertas de cursos, o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional.
Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)	
	<ul style="list-style-type: none"> - A contratualização do COAPES pretende garantir o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde como cenário de prática e direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território. - O COAPES surge para favorecer o desenvolvimento de diálogos locais que alimentem as esferas públicas para a construção prática da integração ensino-serviço-comunidade, tendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como principal referencial ético-político.

Fonte: Adaptado de Brasil (2005, 2007, 2008, 2010, 2013, 2015).

3.3 Estratégia de Saúde da Família: contribuições e desafios vivenciados na estruturação do SUS

3.2.1 Aproximações conceituais, contribuições e desafios

Na perspectiva da garantia do direito à saúde, bem como da consolidação e fortalecimento do SUS, como proposto no seu arcabouço legal, próximo da realidade e

contexto de vida das pessoas, a agenda do SUS sofreu radical mudança ao adotar a política pública da APS como opção estratégica para ampliar a efetividade da assistência à saúde (COSTA, 2016).

Segundo Gil (2006), no período anterior à criação do SUS, mundialmente a APS já representa um marco referencial à organização dos serviços, numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial.

Neste sentido, Starfield (2002) indica que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em reconhecimento das crescentes iniquidades sociais e de saúde, adotou um conjunto de princípios para construir a base da Atenção Primária dos serviços de saúde.

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, representa um marco mundial para o desenvolvimento da APS, sendo esta defendida como núcleo central de um sistema de saúde. As ideias essenciais ao aprimoramento dos sistemas de saúde contemporâneos foram apresentadas nessa declaração, trazendo contribuições o alcance de resultados mais favoráveis e equitativos em saúde, maior eficiência, efetividade e satisfação do usuário (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2015).

Neste documento, a APS é denominada como cuidados primários de saúde e definida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Tendo em vista os diferentes contextos, mundialmente, as experiências demonstram que existem múltiplas formas de conceber e implementar a APS. Em alguns países, a APS é considerada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível do sistema de saúde, responsável pela coordenação e organização do cuidado (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2015).

Giovanella et al. (2009) referem que no Brasil, na década de 90, após a criação do SUS, a concepção de APS é renovada e passa a ser referenciada a partir dos princípios declarados em Alma-Ata e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. O marco da APS no país ocorreu por meio da implantação do PSF, em 1994.

Apesar de tal panorama influenciar no contexto da política de saúde brasileira, é apenas com a criação do SUS e a adoção do PSF, em 1994, que se denota, mais fortemente, a tentativa de aproximação com a APS.

Numa abordagem conceitual, tendo como proposta a diferenciação da concepção seletiva de APS, no Brasil, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde (GIOVANELLA et al., 2009). Neste sentido, apesar dos termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde" terem origens diferentes, o MS vem utilizando esses termos como sinônimos, sem que isto se configure um problema conceitual (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Nesta direção, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pelo MS em 2006 e posteriormente revisada em 2011, a AB é definida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

A definição de AB, acima apresentada, dialoga com a proposição do MS que a Saúde da Família deve partir de um processo de trabalho em equipe multiprofissional; conhecer as famílias do território sob sua abrangência e criar vínculos entre os profissionais e usuários, com corresponsabilização; realizar abordagem multiprofissional; realizar o diagnóstico da saúde da comunidade, o planejamento, a avaliação das ações, a programação local; promover integração com outros níveis de atenção formando uma rede hierarquizada e com mecanismos de referência e contrarreferência; pautar-se no rompimento da lógica biomédico-curativo-medicalizada, para um enfoque em ações educativas e intersetoriais, fazendo valer o princípio da integralidade na atenção, buscando na resolução dos problemas de saúde e situações de risco desta comunidade (BRASIL, 2007).

Em 20 anos de implantação, a Saúde da Família tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil. A notória expansão de sua cobertura e abrangência pode ser percebida, a partir de dados do MS (2016), ao observar que em 1998 apenas 4,4% da população era coberta, abrangendo 739 municípios, enquanto que em 2016 a estratégia alcança 63,85% (123.846.683) da população e está presente em 98% (5.463) dos municípios.

A grande expansão da saúde da família e com intuito de obter uma maior flexibilidade ao modelo foi proposto que o PSF deixasse de operar em bases programáticas para se constituir em uma estratégia, considerando as diferenças inter-regionais e intra-regionais existentes no país. Com isto, é constituída a ESF, atualmente em vigor (NASCIMENTO, 2014).

Em decorrência da sua relevância, no contexto da APS do Brasil, constatam-se os avanços e contribuições da ESF na estruturação e fortalecimento do SUS no país. Tal afirmativa encontra respaldo nos estudos produzidos por Brito (2016); Malta et al. (2016); e Arantes, Shimizu, Merchán-Hamann (2015).

No que concerne a cobertura da ESF, Malta et al. (2016), reforçam continuar havendo crescimento desta, nos últimos cinco anos. A priorização de famílias de risco aponta, na estratégia, uma importante dimensão que é a redução de iniquidades.

Brito (2016) realizou um estudo que objetivou verificar, por meio da análise do processo de trabalho na ESF, suas potencialidades e suas fragilidades no que diz respeito à reorientação do modelo assistencial. Os resultados indicam que para os profissionais das equipes de saúde da família, a ESF, para além de ser resolutiva da maioria das necessidades de saúde dos seus usuários, ordena e coordena o fluxo de usuários na RAS, contribuindo assim para a construção de uma assistência integral no SUS.

A ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários, agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. Além disso, tem contribuído para a implantação de processos avaliativos que são úteis no seu aperfeiçoamento. E, no aspecto técnico-assistencial tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2015).

Contudo, devido à sua inserção em cenários complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais, algumas de suas potencialidades podem ser minimizadas. Desafios ao aprimoramento da ESF estão condicionados a fatores complexos e exigem esforço político-institucional, como as questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Requerem-se ações de planejamento com participação social para atender às reais necessidades da população, buscando superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2015).

Corroborando com esta reflexão, sobre os entraves na existência da ESF, uma pesquisa realizada em 2011. Nesta foram identificadas diversas dificuldades, dentre as quais se destacam: falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico; persistência de uma visão vertical de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica e repercutem um modelo rígido e fragmentado; encaminhamentos excessivos a especialistas e a urgências, interrogando a resolutividade do cuidado neste nível de atenção; a variedade de políticas de pessoal, salários e incentivos, que não promovem a permanência dos profissionais nas comunidades às quais servem. Esse conjunto de peculiaridades permitiu concluir que, apesar de a ESF ter sido uma estratégia acertada, há necessidade urgente de reajustes (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012).

A delimitação do problema passa, assim, pela forma como se deu o processo de implantação da ESF nos municípios e as dificuldades destes em operacionalizar o modelo proposto pelo MS.

Para Albuquerque (2007), fatores que vão desde a formação dos profissionais até o clientelismo político podem transformar a proposta em mais uma forma de expansão de cobertura, em bons ambulatórios de bairro, que dão conta da demanda em atenção básica daquela população, mas pouco tem contribuído, na prática, para a reorientação do modelo.

Com base nas comprovações de entraves apresentadas, admite-se que o desafio para construção de uma Atenção Primária forte, a partir da ESF, passa pela reorganização da gestão para enfrentamento dos fatores limitantes. A complexidade desta reestruturação está relacionada a própria diversidade dos seus desafios.

Nesta perspectiva, e a partir dos objetivos propostos para este estudo, concorda-se com Pinto et al. (2010), ao indicar que a consolidação da APS como estruturante do sistema de saúde universal e com alto grau de resolutividade requer o enfrentamento destes desafios impostos historicamente ao SUS, particularmente no campo do Trabalho e da educação na saúde.

Com este entendimento, no próximo tópico serão realizadas reflexões sobre o PMAQ-AB, aprofundando suas possibilidades de avaliação e análise sobre as EqSF.

3.2.2 O PMAQ como proposta de inovação e qualificação da Atenção Básica

A avaliação vem ganhando especificidades na implementação de programas e estratégias que compõem a Política Nacional de Saúde, demarcando paulatinamente o papel

da instância federal como a principal formuladora dos processos de avaliação junto às unidades federativas e municípios (MOTA; DAVID, 2015).

Diante do acelerado processo de crescimento da ESF, emerge a necessidade da implementação de processos avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia (BOSI et al., 2010). Assim, embora este processo de importante expansão da atenção básica no país não tenha sido monitorado de modo sistemático e uniforme ao longo de todo o período, houve diversas iniciativas de avaliação. E, em 2003, foi criada a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica dentro do MS, com a missão de fortalecer o papel da avaliação como instrumento para a gestão do SUS, numa perspectiva de institucionalização da avaliação (FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013).

Nesse sentido, tem-se observado que o processo de institucionalização do monitoramento e da avaliação na atenção básica tem contribuído para a incorporação de uma prática reflexiva e pedagógica no apoio à gestão para a tomada de decisão, prestação de contas e produção de conhecimentos no âmbito do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO et al., 2010).

Em 2011, são propostas mudanças nas diretrizes da PNAB e dentre estas, como estratégia para indução de um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e da qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação na AB, o MS criou o PMAQ-AB e o seu incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica variável. Estabelecido por meio da Portaria N° 1.654, este programa busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações de governo direcionadas a este nível de atenção (BRASIL, 2011).

Considerando a dinâmica da sua organização o PMAQ-AB pode ser visto como: (a) parte importante das mudanças qualitativa e quantitativa do financiamento da AB; (b) estratégia da PNAB de enfrentamento de condicionantes do desenvolvimento da AB brasileira, que integra várias ações, novas e antigas, num formato inovador que aposta, fundamentalmente, na produção local de uma dinâmica de construção de pactos, priorização de problemas, ação permanente de mudança; (c) processo de indução que oferta ao movimento de mudança diferentes sentidos e significados; (d) instrumento de avaliação e acompanhamento do grau de implantação de ações priorizadas na PNAB; além de (e) dispositivo que coloca a opinião dos atores locais, em especial dos usuários, no centro da cena da formulação, implantação e avaliação da política (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Para sua organização, o PMAQ-AB é composto por quatro fases distintas que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e de saúde bucal com os gestores municipais, e desses com o MS num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, e a participação do controle social. A segunda fase, denominada desenvolvimento, envolve o conjunto de ações que serão realizadas pelas referidas equipes, pelas gestões municipais, estaduais e pelo MS, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase deve ser implementada por meio de ações em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase consiste na avaliação externa, momento em que será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes participantes do PMAQ-AB. Já a quarta fase é constituída por um processo de repactuação das equipes e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do Programa (BRASIL, 2011a, 2012a, 2013).

A avaliação externa consiste na etapa que inclui um conjunto de ações direcionadas para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão, através de instrumento específico elaborado para esta finalidade. Para o desenvolvimento desta etapa, o MS contou com um grupo de Instituições de Ensino Superior (IES).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde; Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde (UBS), que objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS; Módulo eletrônico que compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III.

A forma de financiamento da AB é revigorada com a proposição do PMAQ-AB, visto que este componente de qualidade propõe o repasse de recursos aos municípios em função dos resultados que estes alcançam no processo de avaliação e certificação do PMAQ-AB (BRASIL, 2011).

Vale ainda reforçar que, os processos organizacionais da APS são muito variados entre os municípios brasileiros, levando a crer que os diferentes contextos e formas de gestão da saúde nos municípios têm reflexos significativos na pluralidade de formas e resultados de processos de implementação da PNAB (VIANA et al., 2015).

Pinto, Sousa e Ferla (2014), consideram que o PMAQ-AB é, dentre as diversas medidas que conformam a nova PNAB, aquela que a sintetiza melhor. Isso justifica-se por este ser um programa que se articula com diversas dessas iniciativas, estabelecendo com elas uma relação de síntese e sinergia.

A análise do PMAQ-AB, a partir de experiências e da realidade local, permitirá dimensionar o efeito concreto das características de um processo de âmbito nacional (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Outra característica importante é a organização do PMAQ-AB através de dimensões estratégicas, envolvendo um conjunto de padrões de qualidade, que consistem em declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados (BRASIL, 2015). Assim como, aspectos relacionados ao trabalho e educação na saúde que estão presentes nestas dimensões.

Neste sentido, ao considerar as necessidades de implementar estratégias de avaliação e inovação de ações na ESF, na perspectiva de qualificação da atenção à saúde, é importante discutir dados que revelem informações sobre a ESF e construir reflexões sobre o trabalho e a educação na saúde.

O PMAQ-AB apresenta-se como uma potente ferramenta que possibilita o acesso aos dados de avaliação da ESF, a partir dos municípios brasileiros. Neste sentido, reconhecendo a relevância das questões ligadas ao trabalho e à educação na saúde, aponta-se a potencialidade do PMAQ-AB em dimensionar, considerando os limites do instrumento, as características e a qualidade do emprego em saúde, diante do cenário de precarização do trabalho no SUS.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

O estudo realizado caracteriza-se como descritivo-exploratório, com recorte transversal e abordagem quantitativa.

O estudo descritivo possibilita obter uma visão geral do assunto pesquisado e tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar ideias, permitindo conhecer ou aumentar o conhecimento em torno de um dado problema, sendo estabelecidas hipóteses de investigação para outras pesquisas ou mesmo possibilitando a proposição de estratégias de intervenções em determinadas situações (TRIVIÑOS, 1992).

Considerando a proposição deste estudo de analisar as informações referentes ao banco de dados secundários da terceira fase do PMAQ-AB, ou seja, a fase de avaliação externa, para a totalidade de equipes da ESF de Pernambuco, integrantes do programa no segundo ciclo, e tendo em vista que, em consulta a banco dados, não foram encontrados estudos sobre os aspectos aqui citados para análise, considera-se este um estudo exploratório.

Para Tolbar (2001), a pesquisa exploratória é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado.

No que se refere ao estudo transversal, este é útil quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, sem período de acompanhamento, pois possibilita o instantâneo da situação de uma comunidade com base na avaliação individual de cada um dos seus membros, produzindo indicadores globais para o grupo investigado, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas em uma dada população, num particular momento (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013; PEREIRA, 2012; SANTANA; CUNHA, 2013).

A opção pela abordagem quantitativa justifica-se pelo fato da mesma se valer do levantamento de dados para provar hipóteses baseadas na medida numérica e da análise estatística para estabelecer padrões de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2011, p.28).

4.2 Período do estudo

O período do estudo corresponde ao ano de 2014, quando foi realizada a avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. A escolha por esse período deve-se ao fato de que no primeiro ciclo do Programa, o MS limitou o quantitativo de equipes que poderiam realizar a

adesão e contratualização em, no máximo, 50% do total das equipes da ESF implantadas nos municípios, fato modificado no segundo ciclo, no qual todas as equipes que manifestaram interesse puderam aderir ao PMAQ-AB, acarretando num quantitativo bem maior de ESF participantes.

Soma-se, ainda, em relação ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, está em curso a fase de avaliação externa, não tendo ainda dados disponibilizados. O curto intervalo de tempo entre a realização do segundo ciclo do Programa e o desenvolvimento do presente estudo não deve produzir modificações significativas dos dados, podendo ser considerado pertinente estudá-los.

4.3 Área do Estudo

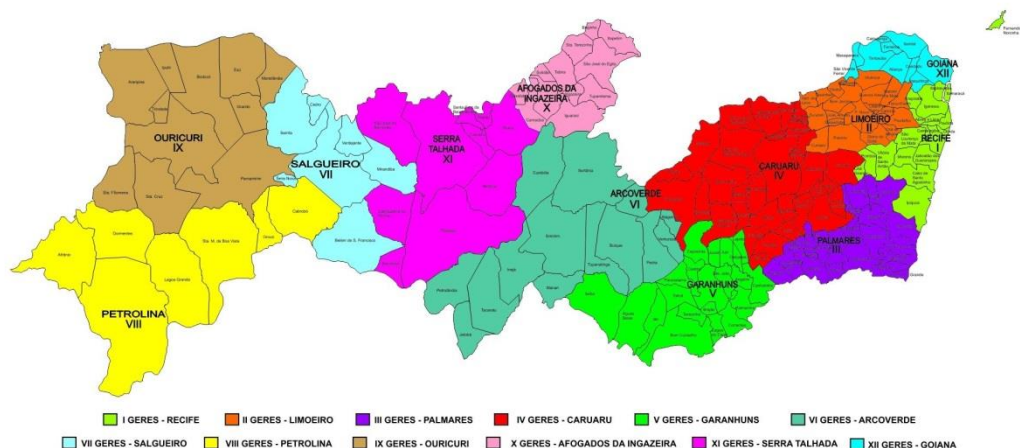
A área do estudo abrangeu 184 (99,45%) municípios do estado de Pernambuco, que correspondem ao total de municípios que receberam a avaliação externa no 2º ciclo do PMAQ-AB.

Pernambuco teve uma população estimada, para o ano de 2014, de 9.277.727 habitantes, sendo considerado o sétimo estado mais populoso do país, o que corresponde a 4,1% da população total do Brasil. Localizado na Região Nordeste, tem uma área total de 98.146 km² (BRASIL, 2014).

Segundo dados do MS, durante o ano de 2014, no estado, havia uma média de 2.090 equipes da ESF implantadas, que representam uma cobertura populacional estimada em 74,09% (BRASIL, 2017).

A organização territorial da saúde em Pernambuco está conformada, na lógica da regionalização, a partir de 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), 04 macrorregiões e 11 microrregiões de saúde. Na figura 1 está representada a distribuição territorial dos municípios segundo GERES no estado (PERNAMBUCO, 2011).

Figura 1 - Distribuição dos municípios segundo GERES, Pernambuco, 2011.



Fonte: Pernambuco (2011).

No segundo ciclo, o único município do estado que, apesar de possuir equipes da ESF implantadas, não realizou a adesão de nenhuma equipe, foi o município de Vertentes, componente da II GERES.

4.4 População do estudo

Constitui o universo do estudo os profissionais de saúde das equipes da ESF, dos municípios pernambucanos, entrevistados durante a avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.

A recomendação do MS para definição do profissional a ser entrevistado, durante a fase de avaliação externa, indica que deveria ser entrevistado um profissional por equipe de saúde, sendo este médico, enfermeiro ou outro profissional de nível superior. Este, deve ser aquele considerado como o que agrega o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação externa (BRASIL, 2013).

Para composição da população do estudo, foi considerado como critério de inclusão: 1. ESF ter realizado adesão ao PMAQ-AB; e, como critérios de exclusão: 1. ESF não ter feito adesão ao PMAQ-AB; 2. ESF ter feito adesão ao PMAQ-AB, mas a avaliação externa não ter sido realizada, independente do motivo.

Deste modo, de um total de 1.875 equipes da ESF que realizaram a adesão do Programa, 30 equipes foram excluídas da amostra por não terem participado da avaliação externa.

Além disso, dentre os 1.845 profissionais entrevistados, apenas 11 (0,59%) eram outros profissionais de nível superior, não enfermeiros e não médicos. Estes foram excluídos da amostra pela baixa relevância estatística. Deste modo, os cirurgiões-dentistas não estão entre os entrevistados eleitos para estudo, apesar de contemplarmos EqSF com equipes de saúde bucal.

Assim, a população deste estudo é composta por 1.834 equipes da ESF, representadas por enfermeiros e médicos entrevistados, distribuídas nas 12 GERES do estado.

4.5 Fonte de Dados

O processo de coleta de dados foi realizado a partir da análise documental e análise de dados secundários da avaliação externa do PMAQ-AB

As questões relacionadas ao trabalho e a educação na saúde são afirmadas como, ao mesmo tempo, estruturantes e nós críticos do SUS. Ao longo dos anos vêm sendo publicados diversos documentos oficiais que buscam contextualizar a situação ou propor diretrizes e normatizações para o direcionamento da área.

Reconhece-se aqui como legítima a menção de Goulart (2001) do processo de "esculpir o SUS a golpes de portaria" e esta pode ser contextual e atual a área do trabalho e da educação na saúde. Muitas vezes, estes documentos demandam ser examinados nos contextos que se configuram, colocando ao pesquisador a necessidade de integração de métodos capazes de buscar respostas, aliando as análises teóricas às práticas (KOSTER, 2008).

Neste sentido, compreendendo a necessidade de integração acima apresentada e, considerando o primeiro objetivo específico deste estudo, que propõe compreender as relações entre as subdimensões do PMAQ-AB com as diretrizes e princípios propostas nas políticas do trabalho e da educação na saúde, definiu-se adotar a análise documental sobre publicações relacionadas às políticas na área do trabalho e da educação no SUS, bem como ao PMAQ-AB.

Análise documental é a que se realiza com base em documentos de órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas, como: registros, atas, regulamentos, ofícios, memorandos, entre outros (TOBAR; YALOUR, 2001). Uma das vantagens da pesquisa documental é a forma elaborada do conteúdo e o fato de uma vez na posse do pesquisador, o

documento está disponível para a análise. A seleção dos aspectos de interesse junto à fonte documental é mais rápida, garantindo maior controle e domínio do pesquisador (VÍCTORA; KNAUTH; HASEN, 2000).

Foi escolhido como fonte de pesquisa dos documentos, o conjunto de publicações do MS disponibilizadas em seu ambiente virtual, referentes ao período de 2011 a 2014. Esta definição está respaldada no fato de ser o MS o ente proponente da política de saúde em nível nacional e definidor das diretrizes gerais para direcionamento das áreas e dos programas, do PMAQ-AB.

O marco temporal para a análise documental foi considerado a partir de 2011, data da instituição do PMAQ-AB. A definição do ano de 2014 está relacionada a ser este o período em que é realizada a avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, que resultou na fonte de dados secundária utilizada neste estudo.

A busca dos dados foi realizada no site do MS, na página do Departamento de Atenção Básica (DAB) (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php), que disponibiliza documentos que normatizam e regulamentam o PMAQ-AB, no âmbito do SUS.

Na análise documental, buscou-se identificar os seguintes aspectos: as subdimensões representativas do trabalho e da educação na saúde, propostas na avaliação externa das equipes da ESF pelo PMAQ-AB no seu segundo ciclo, para posterior composição de categorias de análise.

Quanto a análise documental, essa seleção resultou em 10 portarias e 04 documentos (02 manuais e 02 instrumentos de avaliação externa) do PMAQ-AB, descritos no quadro 3.

Quadro 3 6 Distribuição dos documentos relacionados ao PMAQ-AB analisados.

ANO	PUBLICAÇÃO
2011	Portaria Nº 1.654, de 19 de julho - Institui, no âmbito do SUS, o PMAQ-AB e o seu Incentivo Financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.
2011	Portaria Nº 576, de 19 de setembro - Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista.
2011	Portaria Nº 2.812, de 29 de novembro - Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB.
2011	Portaria Nº 225, de 10 de fevereiro - Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB.
2011	Portaria Nº 644, de 10 de abril - Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas Equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB.
2011	Portaria Nº 1.089, de 28 de maio - Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).
2012	Documento - Manual Instrutivo - SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ - ACESSO E QUALIDADE PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).
2012	Documento - Instrumento de Avaliação Externa - ACESSO E QUALIDADE PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).
2013	Portaria Nº 261, de 21 de fevereiro - Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.
2013	Portaria Nº 283, de 28 de fevereiro - Autoriza o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável.
2013	Portaria Nº 635, de 17 de abril - Homologa a adesão dos Municípios ao segundo ciclo do PMAQ.
2013	Documento - Instrumento de Avaliação Externa - Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada).
2013	Documento - Manual Instrutivo - SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ - ACESSO E QUALIDADE PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) - (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF.
2014	Portaria Nº 2.666, de 4 de dezembro - Autoriza o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável.

Fonte: Elaborado pela autora.

Foram utilizadas informações secundárias provenientes do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB. Estas informações encontram-se em domínio público irrestrito, disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, através do link: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

Assim, dessa base de dados, será estudado no Módulo II - Entrevista com o Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, que contemplam dados das ESF, as subdimensões:

- a) 3 - Informações sobre o entrevistado;
- b) 4 - Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica;

- c) 5 - Vínculo;
- d) 6 - Plano de carreira;
- e) 7 - Educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas.

O instrumento de avaliação externa, anexo 1, é composto por 893 padrões de qualidade. Estes, por sua vez, refletem necessidades de informações acerca da PNAB, com vistas a subsidiar a formulação e/ou aprimoramentos das políticas e programas relacionados à AB, bem como, para certificação das equipes participantes do PMAQ, a partir da matriz de pontuação (BRASIL, 2015).

Vale mencionar que nem todos os padrões de qualidade presentes no instrumento de avaliação externa foram utilizados para a certificação das equipes. Portanto, existem padrões de qualidade utilizados para certificação e outros que objetivaram o levantamento de informações para orientar o aperfeiçoamento das políticas de saúde (BRASIL, 2015).

Dentre as subdimensões propostas para este estudo, apenas na subdimensão 3 " Informações sobre o entrevistado os padrões não fazem parte da certificação. Enquanto que as subdimensões 4, 5, 6 e 7 compõem a dimensão denominada, para fins de certificação das equipes, de valorização do trabalhador. Esta dimensão tem significativa representatividade no resultado da avaliação externa, correspondendo 15% do valor deste componente para certificação das equipes.

4.6 Variáveis

As variáveis corresponderão aos padrões de qualidade referentes ao perfil dos profissionais e questões relacionadas ao trabalho e aos processos de formação dos profissionais, abordados durante a avaliação externa do PMAQ-AB no Módulo II, nas subdimensões 3, 4, 5, 6 e 7. Desta maneira, foram definidas 55 variáveis de estudo, descritas por subdimensão do PMAQ-AB, conforme apresentado no quadro 4.

Quadro 4 ó Distribuição do número de variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões, do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB.

SUBDIMENSÃO	NÚMERO DE VARIÁVEIS (PADRÕES DE QUALIDADE)
3 - Informações sobre o entrevistado	02
4 - Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica	32
5 ó Vínculo	03
6 - Plano de carreira	05
7 - Educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas	12

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale destacar que quanto as variáveis da subdimensão õ7 - Educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidasõ o profissional entrevistado deveria responder sobre e pela equipe, e não sobre os seus aspectos individuais.

O quadro 5 apresenta um detalhamento das variáveis que serão utilizadas para a consecução do estudo.

Quadro 5 6 Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões, do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB

(continua).

SUBDIMENSÃO DO PMAQ-AB	VARIÁVEL	DETALHAMENTO DA VARIÁVEL
II.3 Informações sobre o Entrevistado	Profissão	Médico (a) Enfermeiro (a) Outro profissional de nível superior
	Tempo atuação nesta equipe de atenção básica	2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos 7 anos 8 anos 9 anos 10 anos 11 ou mais anos
II.4 Formação e qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	Formação complementar (concluída ou em curso)	Sim Não
	Especialização em Medicina de Família e Comunidade (se médico)	Não possui Concluída Em curso (para cada item)
	Especialização em Saúde da Família	
	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	
	Outra especialização	
	Residência em Saúde da Família ou Residência em Medicina de Família e Comunidade (se médico)	
	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	
	Outra residência	
	Mestrado em Saúde da Família ou Mestrado em Medicina de Família e Comunidade (se médico)	
	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	
	Outro mestrado	
	Doutorado em Saúde da Família	
	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	
Outro doutorado		

Quadro 5 6 Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões, do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB

(continuação).

II.5 Vínculo	Agente contratante	Administração Direta Consórcio Intermunicipal de Direito Público Consórcio Intermunicipal de Direito Privado Fundação Pública de Direito Público Fundação Pública de Direito Privado Organização Social (OS) Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) Entidade filantrópica Organização Não Governamental (ONG) Empresa Cooperativa Outros Não sabe/não respondeu
	Tipo de vínculo	Servidor público estatutário Cargo comissionado Contrato temporário pela Administração Pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) Contrato temporário por prestação de serviço Empregado público CLT Contrato CLT Autônomo Outros Não sabe/não respondeu
II.5 Vínculo	Forma de ingresso	Concurso público Seleção pública Indicação Outra forma
II.6 Plano de Carreira	Possui plano de carreira	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Progressão por antiguidade	Sim Não Não sabe/não respondeu
	Progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)	
	Progressão por titulação e formação profissional	
Incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho		

Quadro 5 ó Detalhamento das variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões, do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB

(conclusão).

II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvida	Participação em ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal	Sim; Não; Não sabe/não respondeu
	Participação da equipe em: seminários/mostras/oficinas/grupos de discussão; cursos presenciais; Telessaúde; RUTE ó Rede Universitária de Telemedicina; UNASUS; cursos de educação à distância; troca de experiência; tutoria/preceptorial; espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação/especialização/residentes/outros; outras atividades e educação permanente (EP).	Sim Não (para cada item)
	Objetivo de uso Telessaúde	Segunda opinião formativa Telediagnóstico Tele-educação Teleconsultoria Nenhuma das anteriores
	Tipo de plataforma do Telessaúde utilizada	Ministério da Saúde; Outra
	Motivo da não utilização do Telessaúde	Dificuldade de acesso/conectividade Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho Ninguém atende quando tento telefonar Não obteve retorno A equipe não tem necessidade de acessar Não existe no município o programa
	Demandas e necessidades da equipe contempladas pelas ações de EP	Contemplam muito ; Contemplam; Contemplam razoavelmente; Contemplam pouco; Não contemplam
	Frequência de recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão	1 vez/semana; 2 vezes/semana; 3 vezes/semana; 4 vezes/semana; 5 vezes/semana ; Não recebe
	Articulação entre as atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade	Muito articuladas; Razoavelmente articuladas; Pouco articuladas

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

Nota: * Padrão de qualidade representado como pergunta na avaliação externa do PMAQ-AB;

** Respostas possíveis às questões que representam o padrão de qualidade correspondente.

4.7 Plano de análise dos dados

Nesse estudo, buscando responder à pergunta condutora e, conseqüentemente aos objetivos propostos, fez-se necessária a realização da análise de dados bibliográficos, documentais e do banco de dados secundários da avaliação externa do PMAQ-AB no seu segundo ciclo.

Em relação ao 1º objetivo específico (Compreender as relações entre as subdimensões do PMAQ-AB com as diretrizes e princípios propostas nas políticas do trabalho e da educação na saúde):

A elaboração das categorias foi embasada em documentos basilares das políticas do trabalho e educação na saúde, sendo estes a NOB/RH-SUS, a partir dos seus princípios e diretrizes, as diretrizes operacionais do Pacto de Gestão/Pacto pela Saúde, as diretrizes e itens da Agenda da SGTES e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nestes documentos buscou-se considerar as diretrizes e princípios, bem como possíveis ações de implementação nestas áreas, que resultaram nas categorias de análise abaixo descritas:

- a) Precarização do trabalho;
- b) Valorização e Negociação;
- c) Educação Permanente;
- d) Relação da Atenção Básica com Instituições de Ensino;
- e) Participação e controle social no trabalho e na educação na saúde.

Em relação ao 2º e 3º objetivos específicos (Caracterizar o perfil dos profissionais das EqSF dos municípios de Pernambuco que participaram do PMAQ-AB; Analisar o trabalho e da educação na saúde desenvolvida nas EqSF a partir das subdimensões do PMAQ-AB relacionadas ao Vínculo, Plano de Carreiras e Educação Permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas): Para atender estes objetivos, foi realizada a coleta dos dados secundários de interesse, a partir do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB.

Os dados coletados foram organizados e tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel.

Após a tabulação, ocorreu a consolidação e análise estatística através do Software Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Antes da análise propriamente dita, cada item do instrumento de coleta de dados foi checado para assegurar que não tinha nenhuma inconsistência de informações no banco de dados.

Posteriormente, procedeu-se a realização de uma análise descritiva dos dados, que serão agrupados, para posterior avaliação da frequência de distribuição das variáveis. A partir deste ponto serão desenvolvidos testes de associação entre as dimensões do PMAQ-AB propostas para estudo.

Os dados foram expressos em distribuições de frequência absoluta e relativa e apresentados em forma de tabelas e gráficos. Primeiro utilizou-se a análise descritiva dos dados, na qual se optou por fazer uma estratificação pelas profissões (conjunto dos profissionais, enfermeiros, médicos e outros profissionais de nível superior) e porte populacional dos municípios.

No que se refere ao porte populacional, estes foram agrupados considerando cinco estratos: até 20.000 habitantes (hab.); de 20.001 até 50.000 hab.; de 50.001 até 100.000 hab.; de 100.001 até 500.000 hab.; e acima de 500.000 hab.

Esta categorização permite comparações tanto com a classificação do Instituto Brasileiro Geografia Estatística (IBGE), em municípios de pequeno, médio e grande porte; bem como assemelha-se a distribuição populacional adotada pelo próprio PMAQ-AB. Porém, como em Pernambuco apenas 14 municípios possuem população até 10.000 hab., diferente do PMAQ-AB, o estudo considerou cinco estratos, somando todos os municípios do Estado até a 20.000 hab. em um único estrato populacional.

No Brasil, embora haja um compartilhamento de responsabilidades entre os três entes federados quanto à gestão e financiamento da Atenção Básica, o município tem autonomia e responsabilidade para realizar as ações de saúde em seu território, inclusive sobre as decisões relativas aos recursos humanos (SEIDL et al., 2014).

Os dados foram resumidos por meio da análise de frequências absolutas (número de vezes que se repete um valor) e porcentagens.

Prosseguiu-se no segundo momento a análise inferencial dos dados, levando em consideração a estratificação por porte populacional, já apresentado, e a categorização por subgrupos profissionais (conjunto dos trabalhadores, enfermeiros e médicos), de acordo com as variáveis. Para tanto, foi aplicado o teste da razão de verossimilhança para medir se existem diferenças entre as proporções das respostas, segundo o porte do município. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p\text{-valor} < 0,05$.

O **4º objetivo específico** (Desenvolver uma oficina estadual com vistas a análise dos resultados deste estudo e construção de propostas para implementação de ações com base nas necessidades e fragilidades identificadas), trata-se de um plano de intervenção proposto a

partir dos resultados obtidos nas fases anteriores deste estudo. Neste sentido, a proposição da oficina a ser desenvolvida será apresentada no capítulo 7.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para este estudo foram utilizados dados secundários, provenientes do banco de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, que encontram-se em domínio público irrestrito, disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, através do link: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto Aggeu Magalhães, conforme prevê a determinação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (anexo A).

Este estudo foi realizado em conformidade com os itens da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 466/12, do MS, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins de análise e discussão, os resultados foram apresentados três tópicos principais, dada a amplitude do tema e a necessidade de responder a seus objetivos.

Buscou-se inicialmente compreender as relações entre as subdimensões propostas pelo PMAQ-AB, para avaliação externa das EqSF participantes, e as diretrizes e princípios, bem como possíveis ações de implementação, das políticas do trabalho e da educação na saúde.

Os dados quantitativos, oriundos do banco de dados da avaliação externa do Programa, no seu segundo ciclo, serviram de base para as etapas seguintes do estudo. Assim, no segundo momento interessou caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados pelo PMAQ-AB através das variáveis: profissão, tempo de atuação na equipe, formação e qualificação dos profissionais.

Prosseguiu-se com a análise do trabalho e a formação profissional nas EqSF a partir das subdimensões do PMAQ-AB relacionadas ao Vínculo, Plano de Carreiras e Educação Permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas.

Cabe realçar que a amostra deste estudo foi composta por 1.834 EqSF, representadas por enfermeiros e médicos entrevistados, dos 184 municípios que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB no seu segundo ciclo, nas 12 GERES de Pernambuco, estratificados, conforme porte populacional.

Quanto ao agrupamento dos municípios por porte populacional realizado neste estudo, destaca-se que de acordo com o Censo 2010, no estado de Pernambuco há 185 municípios, dos quais 41,1% têm população de até 20.000 hab., concentrando 10,3% da população total; 39,5% são municípios com 20.001 a 50.000 hab., onde vivem 23% da população; 12,4% dos municípios têm a população entre 50.001 e 100.000 hab. e apenas 5,9 % dos municípios têm população entre 100.001 e 500.000 hab., alocando 25,2% da população. Menos de 2% dos municípios possui população acima de 500.000 hab., que, entretanto, concentram 24,6% da população do estado (BRASIL, 2014a).

As diferenças na distribuição populacional são definidoras da organização e estruturação das RAS, que segundo o Plano Diretor da Regionalização (PDR) de Pernambuco, 2011, devem ser configuradas a partir de um conjunto mínimo de ações e serviços a partir das regiões de saúde. Nestas, além das linhas de cuidado pré-definidas, devem ser levados em conta os critérios do Decreto Nº 7.508/2011: Atenção Primária; Atenção Ambulatorial e Hospitalar; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; e, Vigilância em Saúde; bem como

a dimensão assistencial e regulatória para o desenho das macro e micro regionais de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Deve-se considerar ainda que, em certa medida, essas diferenças de distribuição populacional trazem implicações e desafios relacionados à educação, qualificação, contratação e fixação de profissionais, vinculação, valorização, entre outros; nos múltiplos contextos e realidades dos municípios.

A AB no Brasil é considerada ordenadora das RAS e, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS é uma das prioridades do MS e do Governo Federal. Nos últimos anos, com a consolidação da AB, houve maior oferta de ações de saúde essenciais à população brasileira. O país alcançou uma cobertura estimada, pelo DAB em junho de 2014, de mais da metade da população brasileira (57%) pela ESF, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios (BRASIL, 2017).

No mesmo período, Pernambuco alcançou a cobertura de expressiva parte da população pela ESF, estimada de 74,41%. Deste modo, as 1.834 EqSF componentes da amostra em estudo, representam em 87,75% das EqSF implantadas no estado (n = 2.090), de acordo com dados do DAB, no ano de 2014 (BRASIL, 2017).

Apresentar tais pontos é buscar explicitar aspectos relacionados ao contexto deste estudo. Esta visão - síntese compõe parte dos resultados e fornece o subsídio inicial para o detalhamento que se seguirá em conjunto com a discussão.

6.1 Trabalho e educação na saúde: perspectivas do PMAQ-AB

Nesta seção, são apresentadas e discutidas as relações entre às diretrizes e princípios, bem como possíveis ações de implementação, das políticas do trabalho e da educação na saúde e as proposições do PMAQ-AB para avaliação externa das EqSF participantes.

Esta etapa cumpre um papel importante e mobilizador, apontando aproximações e vazios do PMAQ-AB com outros elementos dos contextos relacionados à política de saúde e a realidade da AB, particularmente no que diz respeito ao trabalho e a educação na saúde. Esse é o caminho que se pretende seguir nesse debate.

A análise do PMAQ-AB, no seu conteúdo propositivo, ou seja, das subdimensões apresentadas para avaliação da AB, evidencia que o programa destinou esforços na criação de um instrumento que fosse capaz de registrar dados e gerar informações sobre a AB a partir de diversos aspectos da política de saúde, sob uma ótica capilarizada.

Esta afirmativa parte da possibilidade destes dados permitirem a configuração de um panorama da realidade a partir das equipes, municípios, regiões de saúde e assim por diante até alcançar o cenário nacional; bem como por categorias profissionais e estratos populacionais, possibilidades eleitas para análise neste estudo.

Inicialmente, cabe refletir que o PMAQ-AB trata-se de um modelo de avaliação de desempenho que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, com vistas a subsidiar transferências de recursos financeiros e tomada de decisão para promoção da melhoria da qualidade e do acesso nos municípios brasileiros (BRASIL, 2012a, 2013; FAUSTO; MENDONÇA; GIOVANELLA, 2013).

Partindo de tal assertiva, deve-se refletir que o Programa constitui uma iniciativa que busca valorizar e implementar processos avaliativos na AB que agregam incentivos financeiros e como estes contemplam ou não as EqSF participantes, representadas pelos trabalhadores entrevistados.

Pelo programa, a avaliação externa ocorreria após um processo de pactuação de responsabilidades entre gestores e trabalhadores e da realização de diversas ações que buscam provocar e consolidar movimentos de autoavaliação, de monitoramento e avaliação de processos e resultados, de educação permanente e de apoio institucional para a melhoria do processo de trabalho das equipes de AB (BRASIL, 2012a).

Nesta perspectiva, os atores envolvidos, gestores e trabalhadores teriam a possibilidade de utilizar a avaliação como processo permanente de consulta para o refazer cotidiano do agir em saúde.

No entanto, a incipiente cultura de avaliação no SUS (Fausto, Mendonça e Giovanella, 2013), associada à preocupação de gestores e trabalhadores de apresentar melhores resultados para não serem penalizados, em relação aos recursos financeiros, podem interferir no resultado da avaliação, levantando questionamentos sobre os resultados, se estes retratam mudanças positivas e reais ou apenas ãaparentesö no contexto da AB, indicando ao que Albuquerque et al. (2013) denominaram como ãomaquiagem dos resultadosö.

Soma-se a este debate, o caráter competitivo do Programa, que fica explícito em seu modo de configuração do pagamento do componente de qualidade do PAB, variável em função do desempenho obtido pelas equipes da atenção básica. Porém, o Programa a priori, não prevê um sistema de recompensas que atinja diretamente o trabalhador da equipe de AB. Embora nos documentos oficiais não haja previsão de remuneração por desempenho, existem experiências, em alguns municípios, em que os recursos do componente de qualidade do PAB

Variável são empregados, no todo ou em parte, em bonificação no rendimento dos trabalhadores (MORAES; IGUTI, 2013).

A forma de concorrência estabelecida pelo PMAQ-AB não é individual, mas sim por equipes. Neste cenário, a pressão exercida pelos pares adquire as características de cobrança pelos pares, em que há uma cobrança mútua entre os trabalhadores, uma vez que o desempenho individual de um trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe (MORAES; IGUTI, 2013).

É consenso entre os atores que avaliar o desempenho da atenção básica em saúde é uma iniciativa relevante para o SUS e para a população brasileira (BRASIL, 2012a). Premiar o melhor desempenho com incentivos financeiros e apoio técnico-científico sistêmicos pode estimular a melhoria da atuação das equipes das UBS e criar um ciclo virtuoso de inovações no processo de trabalho, a busca da equidade e a participação dos usuários. Por outro lado, é importante destacar que a forma como o PMAQ-AB vem sendo desenvolvido pelos municípios deve ser considerada na análise dos resultados encontrados.

Vale reforçar que o PMAQ-AB está organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização). O programa foi lançado em 2011 e em 2015 iniciou seu terceiro ciclo que, devido a atrasos, está ainda em consecução da fase de avaliação externa deste (BRASIL, 2011, 2013, 2017).

Neste estudo, as análises são realizadas para os dados de avaliação externa, durante o segundo ciclo. Para Fausto, Mendonça e Giovanela (2013), as informações obtidas na avaliação externa são valiosas e permitem uma análise da AB no país. No entanto, deve-se ressaltar que os bancos de dados gerados, a partir desta fase, são representativos apenas para as equipes que aderiram voluntariamente ao Programa, não retratando o total das equipes de AB brasileiras (NEVES et al., 2014).

Compreende-se que os aspectos, ou subdimensões, componentes da avaliação externa do PMAQ-AB precisam ser analisados a partir do quadro dos marcos normativos do SUS, através das diretrizes e princípios preconizados pelos órgãos propositores/dirigentes das áreas competentes, bem como a partir do contexto da equipe, município ou estado no qual está sendo desenvolvido.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o instrumento de avaliação externa, do segundo ciclo, é composto por 893 padrões de qualidade. Estes, por sua vez, refletem necessidades de informações acerca da PNAB, com vistas a subsidiar a formulação e/ou

aprimoramentos das políticas e programas relacionados, bem como, para certificação das equipes participantes do PMAQ (BRASIL, 2012a, 2013).

No que concerne ao trabalho e educação na saúde, na fase de avaliação externa do PMAQ-AB, seus aspectos pertinentes, propostos para este estudo, estão contidos no instrumento em seu Módulo II, nas subdimensões: informações sobre o entrevistado, formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, vínculo, plano de carreira e educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas. Estas questões interferem no modo como os trabalhadores de saúde desenvolvem sua produção do cuidado, isto pode reforçar a importância de pensar em do trabalho e da educação na saúde como eixos estruturantes do SUS.

Considerando que estas questões relacionadas ao trabalho na ESF carecem de maior aprofundamento, busca-se debater-las a partir das categorias de análise propostas.

6.1.1 Precarização do trabalho

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB apresenta pontos de aproximação e permite a análise de dados que podem ser relacionados à precarização do trabalho na ESF. A partir de informações relacionadas à subdimensão vínculo pode-se obter: agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso no serviço público, que podem apontar o cenário de terceirização e flexibilização da força de trabalho na AB.

A precarização do trabalho vem se constituindo como preocupação e objeto de pesquisas de diversos campos do conhecimento, bem como tema presente na agenda de diversos atores sociais e órgãos governamentais nacionais e internacionais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; EBERHARDT, CARVALHO, MORUFUSE, 2015; KOSTER, 2008; SEIDL et al., 2014; SILVEIRA et al., 2010).

No setor saúde, a questão citada, tem sido apontada como um desafio para a gestão do trabalho no SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; RIZZOTTO et al., 2014; SEIDL et al., 2014). Neste sentido, ressalta-se como relevante a oportunidade de análise deste problema a partir do PMAQ-AB.

Em consonância com estas reflexões, um importante passo é a compreensão da abrangência da noção de trabalho precário no SUS.

Segundo Araújo et al. (2006), o trabalho precário se caracteriza pela ausência de proteção social do trabalho havendo perdas de direitos que são assegurados constitucionalmente, onde outras questões podem se encontrar nessa conceituação, tais como

baixos salários, condições inadequadas de trabalho e excesso de jornada de trabalho. Tais fatores caracterizam a fragilidade dos direitos trabalhistas e são condicionantes de *stress*, conseqüentemente, influenciam na qualidade dos serviços prestados aos usuários (LACAZ et al., 2010).

O Ministério da Saúde define trabalho precário como aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, engloba também todo trabalho realizado sem concurso público. Alinha-se a esta ideia o indicativo de Entidades Sindicais, que representam os trabalhadores do SUS, da caracterização do trabalho precário não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2009).

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), ao definirem trabalho precário, defendem a flexibilização do trabalho em algumas situações. Segundo entendimento destes, o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, retomando o olhar para o instrumento do PMAQ-AB, indica-se que a identificação do agente contratante do profissional abre a possibilidade de verificar a existência de diferentes formas de gestão na contratação dos profissionais da ESF, através de dados: administração direta, consórcio intermunicipal (de direito público e/ou de direito privado), fundação pública (de direito público e/ou de direito privado), OS, OSCIP, entidade filantrópica, ONG, empresa, cooperativa, entre outros.

Soma-se a isso, a identificação da forma de ingresso e do tipo de vínculo dos profissionais, indicativas de prerrogativas ao trabalho no SUS, que se apresentam como potencialidades de análise do Programa para área do trabalho em saúde.

Estes aspectos apontam para sinais da flexibilização do trabalho, mas não representam necessariamente a caracterização da situação de alcance da proteção aos direitos trabalhistas e previdenciários na AB, tendo em vista que a contratação pela administração direta não é suficiente para analisar a maior ou menor flexibilização das relações de trabalho, posto que não garante as formas mais protegidas de vínculo (SEIDL et al., 2014).

De modo geral, o tema da precarização do trabalho costuma ser discutido em conjunto com a flexibilização das leis trabalhistas. No caso do SUS, incluindo a AB, a precarização dos

vínculos e da regulação das relações de trabalho tem algumas particularidades, tendo em vista a desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorrida nas últimas décadas e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal (BRASIL, 2003).

A flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação entre o público e o privado, na área da saúde, tem assumido conformações variadas tais como modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde e terceirizações de um conjunto de atividades relativas à gestão (PIERANTONI, 2001).

No que diz respeito ao enfrentamento deste problema e com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador, em parceria com os gestores estaduais, municipais e representantes de entidades sindicais, o MS criou o DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006).

Para operacionalizar o DesprecarizaSUS, em julho de 2003 foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Entre as suas atribuições está a de apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e/ou Municipais, ao quais tem como objetivo a formulação da política local de desprecarização dos vínculos de trabalho, a partir das realidades sociais, políticas e administrativas de seu âmbito de atuação (BRASIL, 2006).

Até certo ponto, a análise sobre as dimensões do PMAQ-AB podem refletir o potencial de alcance das iniciativas do MS que buscam promover a desprecarização do trabalho no SUS. Além disso, as subdimensões serão analisadas de forma integrada e a partir dos dados quantitativos do programa, pode-se realizar um desenho da situação da precarização do trabalho para as EqSF do estado de Pernambuco.

6.1.2 Valorização e negociação

O PMAQ-AB além de revelar dados sobre a precarização do trabalho na ESF, também viabiliza a análise de uma importante estratégia de desprecarização, e, sobretudo, de valorização do trabalhador, que é o PCCS. Segundo as diretrizes fixadas para a área de RH na NOB/ RH-SUS, o PCCS é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão SUS (BRASIL, 2006).

Nesta subdimensão, para além da disposição de PCCS, o Programa questiona os critérios de progressão: por antiguidade, avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito) e por titulação/formação profissional. Tais características possuem pertinência e

dialogam, apontando uma coerência do PMAQ-AB, com as proposições das Diretrizes Nacionais para a instituição de PCCS-SUS.

Para além da perspectiva de direitos, o PCCS pode ser definido como um instrumento de gestão do trabalho, que tem como finalidade valorizar o trabalhador e instaurar o processo de carreira nas instituições. Além disso, representa um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, bem como a respectiva remuneração, promovendo oportunidades de qualificação profissional (BRASIL, 2006; CASTRO, 2012; SEIDL et al., 2014).

Vale destacar que a discussão do PCCS-SUS não é recente, mas é atual visto a necessidade de consolidar esta estratégia. Para Seidl et al. (2014), o PCCS é uma luta que vem sendo discutida na maioria dos municípios, em especial no âmbito do SUS. Essa realidade é motivada pela existência de trabalhadores de saúde, em sua grande maioria, desenvolve suas atividades em nível precário, além de irregularidades trabalhistas que vão desde contratação temporária até a falta de uma política salarial definida.

A Lei Federal Nº 8.142, de 1990, e as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, já explicitavam a necessidade de implantação do PCCS. Essa Lei previa o PCCS como condição para recebimento de repasses do Fundo Nacional de Saúde, com prazo máximo de dois anos para sua implantação. Como parte do processo de implementação dessa proposta, em 2004 foram editadas as Diretrizes Nacionais para o PCCS-SUS (BRASIL, 2004); cujo pressuposto é a construção de carreiras semelhantes no âmbito do SUS, respeitando-se as especificidades regionais (RIZZOTO et al., 2014).

Em 2006, a MNNP-SUS estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a instituição de PCCS. Tais diretrizes estabelecem um conjunto de princípios, o que servem de referência para a análise dos PCCS, a saber: universalidade dos planos de carreira; equivalência dos cargos ou empregos; concurso público como única forma de ingresso; mobilidade; flexibilidade; gestão partilhada de carreira como garantia de participação dos trabalhadores na formulação e gestão do respectivo plano de carreira; carreiras como instrumento de gestão; educação permanente; avaliação do desempenho e; compromisso solidário, em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades do serviço de saúde (LACAZ et al., 2010).

Apesar das Diretrizes Nacionais do Plano de Carreiras, dentre suas propostas de intervenção, relacionarem ações para sensibilizar e conscientizar os gestores estaduais e municipais sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de RH, a

implantação de planos de carreira em muitos municípios esbarra em questões como impacto financeiro e restrições impostas pela LRF (SEIDL et al., 2014).

No escopo de ações de estímulo à implantação do PCCS é possível identificar ainda a iniciativa da DEGERTS, em 2012, que lançou o edital para o projeto InovaSUS com o tema Carreira: Planos de Cargos, Carreiras e Salários (InovaSUS-Carreira), para o qual foram inscritos 37 trabalhos e premiadas 12 iniciativas. O objetivo era de valorizar as propostas de planos estabelecidas pelos sistemas locais, mas também impulsionar novas proposituras (BRASIL, 2012c, 2015).

Outro ponto a ser destacado, além do PCCS é a possibilidade de identificação, pelo PMAQ-AB, de formas de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. Todavia, estes pontos apresentam apenas uma visão geral, sem possibilitar a análise das características e critérios que embasaram os possíveis programas ou ações que agregam esses subsídios financeiros, que possam estar sendo implantados e desenvolvidos na AB.

Ante o exposto pode-se indicar que o PMAQ-AB tem a capacidade de revelar pontos sobre a valorização dos profissionais, a partir da incorporação do Plano de Carreiras e de outras formas de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. Contudo, o Programa não dispôs da mesma potencialidade quando trata-se da adoção de formas negociação do trabalho no SUS. Na verdade, a análise dos documentos relacionados ao Programa, permite a afirmação de uma ausência total do olhar sobre as questões relacionadas a negociação do trabalho.

Entendendo a complexidade e dinamicidade das relações de trabalho, particularmente delineadas na saúde, e o indicativo da necessidade de busca de alternativas compartilhadas entre gestores, trabalhadores e controle social, cabe ressaltar aqui a importância da negociação do trabalho como uma das pautas prioritárias do trabalho na saúde.

Segundo Magnago et al. (2017), a negociação do trabalho em saúde pode ser compreendida como diálogo político, e, como tal, deve ser parte integrante dos processos de tomada de decisão, contribuindo para o desenvolvimento ou implementação de mudanças de políticas de gestão do trabalho no SUS.

A negociação coletiva é apontada como uma forma direta, flexível, espontânea e rápida de resolver conflitos coletivos. Pode ser entendida também como forma de desenvolvimento de poder normativo dos grupos sociais, que se destina à formação consensual de normas e condições de trabalho que serão aplicadas a um grupo de trabalhadores (SANTOS; SODRÉ; BORGES, 2016).

As ações da gestão local nos serviços do SUS têm reflexos diretos sobre as relações de trabalho porque abrem ou emperram as ações do trabalhador de saúde como sujeito e protagonista no desenrolar de suas atividades. Dito de outro modo, o processo de sindicalização, os patamares de organização dos trabalhadores e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações dependem também das margens para ação ampliadas ou restritas pelos modelos de gestão (BRASIL, 2012c).

Nesse movimento, a negociação coletiva no âmbito do SUS se apresenta com um dos instrumentos de gestão impulsionados pelo ProgeSUS, processo alçado como ponto de pauta da agenda da SGTES após a reativação da MNNP, cujo objetivo é garantir um espaço democrático, institucional e paritário para a negociação no âmbito das questões do trabalho no SUS (MAGNAGO et al., 2017).

Para o MS, a mesa de negociação constitui-se como uma importante ferramenta de gestão, capaz de intervir de maneira positiva na efetividade dos serviços prestados aos usuários, uma vez que busca a mediação dos conflitos e a resolução dos problemas enfrentados no dia a dia do trabalho no SUS. Para tanto, estrutura-se como um fórum, em âmbito municipal, estadual, regional e nacional, baseado nos princípios constitucionais da legalidade, publicidade e liberdade sindical, que reúne gestores, prestadores de serviços de saúde e entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2012c).

O processo negociação permanente é essencial para o sucesso da política do trabalho na saúde e, por isso, está pautado na NOB-RH (BRASIL, 2009).

O PMAQ-AB, ao não abordar a negociação do trabalho, em seus documentos, ou mesmo a inserção do trabalhador em sindicatos ou outros espaços de negociação coletiva, denota seu caráter prioritário de verificação do desempenho do profissional na sua atuação e não considera ou valoriza a participação ou conhecimento deste sobre as práticas de negociação coletiva disponíveis.

Neste sentido, fortalece a desagregação do trabalho, ou melhor, a visão de recurso e não de agente transformador, quando não pontua este aspecto como um dos integrantes da qualidade na AB e não estimula a cultura de negociação do trabalho nos serviços públicos.

Cabe ainda considerar que, do ponto de vista da regulação, a diferenciação dos vínculos e a intermediação dos contratos colocam o trabalhador numa posição vulnerável na medida em que as negociações são feitas individualmente, pouco regulamentadas e os contratos negociados pelas empresas, cabendo ao trabalhador apenas aderir ao que já foi previamente acordado (MARTINS; MOLINARI, 2013).

Na medida que o instrumento do PMAQ-AB reconhece a multiplicidade de agentes contratantes na AB, com entes privados participando de forma considerável na gestão da saúde, e não discutir negociação do trabalho deixa uma lacuna que poderia agregar valor ao contexto.

No âmbito das discussões já realizadas, emerge outro relevante ponto de análise que é a saúde do trabalhador do SUS, visto que as subdimensões, anteriormente mencionados, são consideradas fatores que podem ser associados ao desenvolvimento ou degradação da satisfação e do bem-estar dos trabalhadores de saúde.

A saúde do trabalhador pode ser compreendida a partir das relações estabelecidas pelo processo de saúde-doença resultante das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores (BRASIL, 2012d).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora definiu os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012d). Entretanto, para Mendes et al. (2015), as ações no campo da saúde do trabalhador ainda permanecem distantes das possibilidades que nela se apresentam para diagnóstico, vigilância, atenção, direito à informação, entre outros.

O cenário em que se expressam a saúde e o trabalho vem sofrendo transformações e as determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador na contemporaneidade estão fundamentalmente relacionadas às novas modalidades de trabalho e aos processos mais dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e pelas atuais formas de organização e gestão do trabalho (MENDES; WUNSCH, 2011).

Para Costa et al. (2010) o trabalho em saúde implica exposição a diversos fatores de risco, como os decorrentes do contato com os pacientes e ambientes, o sofrimento psíquico, fatores físicos (ruído, calor, radiações ionizantes), químicos (gases, medicamentos, produtos de limpeza e desinfecção) e fatores relacionados às cargas de trabalho e demandas ergonômicas (esforço físico, posturas, organização do trabalho, excesso de hora extra ou plantões).

Os aspectos relacionados à Saúde do Trabalhador são reconhecidos como competência do SUS e, ao mesmo tempo, como problema que afeta diretamente sua consolidação.

Como competência, esta questão, aparece pautada desde a Lei Orgânica da Saúde, sendo definida que, além de outras atribuições, a participação na definição de normas,

critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 1990).

Em 2006, pelos menos 600 mil trabalhadores do SUS se encontravam em condições precárias de trabalho (BRASIL, 2006). No ano de 2010, conforme dados da Previdência Social, de um total de cerca de 720 mil acidentes, mais de 2.500 resultaram em mortes e houve mais de 15 mil afastamentos do trabalho por incapacidade permanente. Tais acidentes também acarretam em impacto orçamentário, tendo sido gastos em 2010 cerca de R\$11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente (ZINET, 2012).

Apesar do exposto, configurando uma divergência com a área de gestão do trabalho, a saúde do trabalhador do SUS, como questão aqui relacionada à valorização do trabalhador, não aparece no escopo dos documentos do PMAQ-AB.

Já abordados os temas referentes à precarização, valorização e negociação do trabalho, na perspectiva das aproximações, lacunas e divergências de proposição do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, é preciso refletir sobre estes aspectos para o campo da educação na saúde.

6.1.3 Educação Permanente

A educação e qualificação do trabalhador de saúde é destacada como aspecto central e ao mesmo tempo nó crítico à consolidação e fortalecimento do SUS, em especial no contexto da AB (FRANCO, 2007; MACÊDO, 2014; RIZZOTTO et al., 2014).

Pensar as concepções e processos de educação voltados ao trabalhador do SUS institui a necessidade de reconhecer que ao longo do seu percurso de construção foram vivenciadas diversas proposições teóricas e movimentos de possíveis institucionalizações de práticas da educação na saúde. Entretanto, atualmente a que está pautada como referencial teórico e político para o SUS é a proposta da EPS.

O MS, com a criação do DEGES, colocou como desafio para os profissionais que atuam na condução das estruturas de gestão dos trabalhadores da saúde a responsabilidade, além da gestão da vida funcional de seus servidores, pelos processos de formação e desenvolvimento profissional, que denominou de gestão da educação na Saúde (MACÊDO, 2014).

A Gestão da Educação na Saúde fundamentada nos princípios da Educação Permanente, não separa os processos de educação, de atenção à saúde, de gestão dos serviços

de saúde e de participação ou controle social. Essa fundamentação ampliou o número de atores com que os responsáveis pela gestão da educação na saúde passam a ter que se relacionar, exige mecanismos de gestão participativa e o entendimento do que significa um embasamento na Educação Permanente (MACÊDO, 2014).

Para França et al. (2017), a EPS deve ser compreendida, quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos, como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, colaborando para romper com o paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Constitui um instrumento que aponta para o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação.

Complementando este entendimento, Pinto et al. (2016) apontam que a EPS tem por objetivo a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS no âmbito federal, estadual, municipal e local.

Na proposta de institucionalização da EPS para o SUS, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, por meio da Portaria GM/MS Nº 198/2004, posteriormente substituída pela Portaria GM/MS Nº 1.996/2007, que propõe novas diretrizes para PNEPS (BRASIL, 2007).

A partir da análise dos documentos relacionados à PNEPS, percebe-se que a proposta ministerial é tributária de alguns referenciais da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A ideia da EPS como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho sustentada pela OPAS também está presente na PNEPS. Também se adotam os referenciais construtivistas (problematização e aprendizagem significativa) da educação como possibilidade de transformação do SUS (LEMOS, 2017).

Além definir a concepção da EPS, a institucionalização da PNEPS constitui um avanço ao elencar diretrizes de implementação: a condução regional da Política, a participação interinstitucional, além de estabelecer orçamento para projetos e ações, conforme critério estabelecidos na portaria (PINTO et al., 2016).

Adicionalmente é preciso admitir que do ano de 2004, quando foi publicada, até o momento atual, um conjunto de avanços e dificuldades, constituídas, nos diferentes momentos

políticos do nosso país, como processos de rupturas, mudanças de enfoque e questões de (sub)financiamento, podem ser verificados no processo de implementação da PNEPS.

Estas questões refletem significativamente no desenvolvimento e implementação da Política. Destacam-se, nesse processo: pouca articulação entre os atores (gestores, trabalhadores, IES e controle social), incipiente participação dos gestores municipais, indefinição de parâmetros para construção de projetos, ausência de avaliação dos projetos desenvolvidos no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de educação, gestão e atenção na saúde, dificuldades na utilização dos recursos financeiros, dentre outras (FRANÇA et al., 2017; MACÊDO, 2014; MORAES; DYTZ, 2015).

A avaliação das ações ou processos de EPS como dificuldade na implementação da PNEPS, somada ainda a afirmação de que os atores locais são os sujeitos que operam a EPS no cotidiano do trabalho, indicam a potência do PMAQ-AB em apontar dados destas ações no contexto das equipes da ESF. Todavia, faz-se necessário realizar uma análise mais apurada das diretrizes e princípios, bem como possíveis ações de implementação, propostas para avaliação da EPS pelo Programa.

Amparada nessa perspectiva, a exploração dos documentos que normatizam o PMAQ-AB indica que este tem sob a EPS duas abordagens principais. A primeira abordagem, aponta a EPS como integrante das dimensões da segunda fase do Programa, chamada de fase de desenvolvimento, que, junto com mais três dimensões (autoavaliação, monitoramento e apoio institucional) envolve o conjunto de ações a serem realizadas pelas equipes e pelas gestões, no intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2011a, 2012a, 2013).

A segunda abordagem do PMAQ-AB sobre a EPS, objeto deste estudo, trata do levantamento de informações sobre o tema da EPS, realizado na terceira fase do Programa, que consiste na avaliação externa das equipes participantes.

Similar entendimento é apontado por Pinto et al. (2014) ao indicar que o PMAQ-AB ao mesmo tempo em que busca investigar questões relativas ao tema da EPS, também procura induzir a integração de iniciativas institucionais para apoiar os processos formativos intraequipe, considerados como dispositivos para a qualificação da atenção e a implementação de mudanças apontadas pelo programa.

Na análise do instrumento de avaliação externa, percebe-se que sobre o tema da EPS os questionamentos encontram-se na subdimensão Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas, na qual o PMAQ-AB investigou:

- 1) Participação da equipe em ações de educação permanente em saúde; e, dentre as ações realizadas quais tipos: seminários, mostras, oficinas, entre outros; cursos presenciais; curso de educação a distância; Telessaúde; RUTE; UNASUS; de atividade de troca de experiência; de atividade de tutoria/preceptoria; se na UBS atuam alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros (UBS como espaço de formação de ensino-aprendizagem); outros;
- 2) Utilização das possíveis ofertas de apoio do Telessaúde: da segunda opinião formativa, do telediagnóstico, da tele-educação ou da teleconsultoria; bem como o tipo de plataforma utilizada e o motivo da não utilização;
- 3) Se as ações de Educação Permanente realizadas contemplavam as demandas e necessidades da equipe;
- 4) Recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão, a frequência deste e se as atividades desenvolvidas pelos atores citados estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade.

Os questionamentos apresentados nos itens 1 e 3 nos apresentam como interrogação a apropriação do conceito de EPS. Afinal, de que educação estamos falando? Será possível afirmar que os profissionais respondentes são conhecedores das concepções de EPS? Que tipo de demanda e necessidade da equipe essa formação de EPS atende?

Cabe aqui ressaltar que a PNEPS, que completa uma década desde a proposição de revisão de suas diretrizes no ano de 2007, tem no trabalhador de saúde o seu elemento chave. A EPS baseia-se justamente no entendimento do protagonismo dos trabalhadores no processo de transformação do seu trabalho e na construção de soluções aos problemas a partir das realidades locais dos serviços de saúde.

Contudo, no instrumento de avaliação externa o PMAQ-AB interroga apenas se a equipe participa das ações organizadas pela gestão e não considera ou valoriza movimentos que partiram da própria EqSF. Como alternativa, ou forma de aproximação, dessa concepção, os questionamentos levantados poderiam pontuar se o profissional/equipe busca desenvolver ações de EPS no seu trabalho (junto equipe) ou se estes atores demandam para sua gestão às necessidades de educação/qualificação. Estas seriam possíveis interrogações que aproximariam o instrumento proposto pelo Programa da concepção de EPS mais ampla.

Todavia, sem negar a necessidade de afinar a compreensão sobre a EPS, destaca-se que a avaliação pelas equipes, destes questionamentos propostos pelo PMAQ-AB, pode ser sugestiva de que há associação entre Educação Permanente em Saúde e Atenção Básica,

operadora do cotidiano do SUS e do contato capilarizado com a população. Esse marcador de sentido aponta para a importância da continuidade e do incremento de ações no escopo de uma PNEPS (PINTO et al., 2014).

Retomando os questionamentos no instrumento de avaliação externa, no que tange ao item 2, pode-se inferir que houve um investimento considerável do PMAQ-AB em mensurar as ofertas e utilização de recursos que vem sendo disponibilizados, pelo MS às equipes de AB, como é o caso aqui do telessaúde.

Pinto et al. (2014) indica que a incorporação das ofertas de apoio à educação pela Política Nacional de Atenção Básica colabora com o trabalho local e tem um resultado que pode ser demonstrado pelos dados coletados no PMAQ-AB.

O MS aponta a Comunidade de práticas e o Telessaúde como estratégias de EPS induzidas pela PNAB e reafirmadas pelo PMAQ-AB. A PNAB organizou ofertas que intencionam, objetivamente, a aprendizagem, a busca e o uso de informação, a construção cooperativa de saberes ou o desenvolvimento coletivo do conhecimento, a constituição de comunidades de aprendizagem e rodas de debate ou estudo-ação. O desenvolvimento de tecnologias da informação e comunicação, e sua introdução nos ambientes de educação e de trabalho têm crescido ao longo dos últimos anos e a tendência é manterem-se em ascensão em todo o mundo. Como Educação Permanente em Saúde, os recursos tecnológicos disponíveis têm possibilitado a aproximação de profissionais interessados em aumentar a resolubilidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

É fundamental reconhecer a potencialidade do uso de recursos tecnológicos e outras estratégias que promovam o apoio e o diálogo entre os diferentes atores do SUS, que possam resultar na transformação de saberes e práticas de cuidado.

Apesar do questionamento realizado pelo PMAQ-AB, descrito no item 3, quanto as ações de Educação Permanente realizadas contemplarem as demandas e necessidades da equipe, compreende-se a necessidade da análise mais detalhada destas iniciativas que permitam identificar que concepção de educação está sendo ofertada e sua capacidade de reflexão e transformação do trabalho na ESF. O investimento deve ser em modelos e formas de educação que possibilitem superar o paradigma presente na história da saúde pública e da clínica como um todo.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), essas ofertas, comumente limitadas a produzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde costumam manter a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas.

É inegável a ênfase dada à EPS pelo PMAQ-AB. Todavia, a partir da análise realizada, identifica-se a necessidade de se maturar a forma de abordagem e apresentação dos questionamentos feitos, para que estes transponham os diversos limites e possibilitem uma das prerrogativas da PNEPS, a posição de ãatorõ do sujeito/trabalhador de saúde, ao mesmo tempo que considere questões estruturais e locais que tem impacto no desenvolvimento da EPS e na qualidade do SUS.

A educação permanente e os desafios impostos para a AB, especialmente à ESF, para a realização de novas práticas que reorientem o quadro sanitário nacional, convergem com a edificação de métodos e práticas democratizantes e inovadoras do trabalho no SUS. A EPS contribui para aprimorar o processo de análise da realidade social e subsidiar a tomada de decisão, bem como aumentar a resolubilidade, e qualificar os processos de longitudinalidade do cuidado, promover a humanização da assistência, e a competência pedagógica e cultural coletiva (TESSER; GARCIA; VENDRUSCOLO & ARGENTA, 2011).

Pontuadas algumas questões sobre a EPS, a partir principalmente da PNEPS, cabe dar continuidade a análise do PMAQ-AB a partir do indicativo deste de relacionar a qualidade e acesso na AB com a integração ensino-serviço, através dos questionamentos apresentados no item 4 desta seção e que serão discutidos no tópico a seguir.

6.1.4 Relação da Atenção Básica com Instituições de Ensino

Do ponto de vista legal, compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para a área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (CF, art.200, III e IV). A Lei N° 8.080, de 1990, reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Ensino e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Segundo Carvalho e Ceccim (2009), na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, assistenciais, educacionais e de desenvolvimento social, reivindicaram novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde e recuperassem a integralidade.

O conjunto das experiências de integração ensino-serviço no SUS foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre educação e

trabalho, ensino e pesquisa em saúde Coletiva, e de criação de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A PNEPS prevê além da organização de estruturas próprias para formação, a partir das escolas de saúde pública, escolas técnicas da rede SUS e centros formadores, também a participação ativa das IES no seu processo de implementação (BRASIL, 2007).

Não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O mesmo autor define a integração ensino-serviço como o trabalho pactuado e integrado por estudantes e professores dos cursos da área da saúde, com trabalhadores inseridos nos serviços de saúde e gestores, visando à qualidade da atenção, individual e coletiva, da formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Os serviços de saúde, por sua vez, além de se constituírem espaços de práticas de atenção e produção de cuidado são também espaços de educação e produção de conhecimento. Nesse sentido, há uma relação indissociável entre a rede assistencial e as instituições de ensino que representando um dos pilares da educação na área da saúde, acumulam a responsabilidade pela formação dos profissionais e promoção de mudanças na orientação dos cursos através da implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde (MACÊDO, 2014).

Dessa forma, abordaremos a seguir como o PMAQ-AB propõe a análise das EqSF com essas instituições de ensino, ou seja, como possivelmente vem ocorrendo a integração ensino e serviço.

Analisando as proposições do instrumento de avaliação, como descrito no item 4 da seção anterior, o Programa investiga o recebimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão; a frequência com que ocorre; e se as atividades desenvolvidas pelos atores citados estão articuladas com o processo de trabalho da (s) equipe(s) da unidade.

Além destes aspectos, como descrito na seção anterior, ao interrogar sobre a participação da equipe em ações de educação permanente em saúde o instrumento apresenta dentre as possibilidades de ações: as atividades de tutoria/preceptoria e a atuação, na UBS, de alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros.

Em certa medida estes questionamentos procuram pautar e reconhecer a unidade de saúde da família como local de formação para o SUS e de aproximação do ensino-serviço. O direcionamento do Programa é construído a partir da quantificação da frequência de comparecimento da instituição formadora, representada por estudantes, professores e/ ou pesquisadores, ao serviço de saúde e da possível articulação entre as demandas destas e o processo de trabalho da equipe.

Observa-se que a questão apresentada revela congruência com as pautas da área de educação na saúde, porém ainda com olhar restrito para o trabalhador como ator no seu processo de educação e qualificação.

Cabe aqui admitir o limite do instrumento em apontar características regionais quanto a estruturação da CIES, aspecto importante da PNEPS, tendo em vista ser o trabalhador da EqSF o sujeito entrevistado. Para tal análise seria necessária uma investigação voltada aos atores integrantes da CIES.

Do ponto vista das proposições efetivamente realizadas pelo PMAQ-AB, o instrumento poderia ser organizado de modo que além de quantificar de forma geral, os dados pudessem indicar quem são os atores destas instituições que a unidade recebe e colocar de forma separada itens para estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino.

Outro aspecto relevante seria indicar a que nível ou serviço de formação aquele ator está relacionado, podendo, deste modo, sinalizar para maior ou menor aproximação com as escolas técnicas ou instituições de formação em nível superior, além dos cursos de residências.

Desta maneira o instrumento poderia indicar, com maior detalhamento, a realidade dos municípios e a possível relação com as instituições formadoras presentes em seu território.

No contexto da ESF, a necessidade de mudança de paradigma na educação qualificação profissional sobressai imperativamente, visto que, neste nível do sistema de saúde, o território é o espaço das relações entre trabalhadores e usuário. Soma-se a isso, as diretrizes da APS serem pautadas na construção de relações entre estes atores e no reconhecimento das realidades e contextos, para além da saúde, que interferem no processo saúde-doença.

A análise dessa afirmação reforça a importância do desenvolvimento de estratégias e ações que promovam a integração ensino-serviço, com a finalidade de contribuir no processo de educação profissional na área da saúde, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS.

6.1.5 Participação e controle social no trabalho e educação na saúde

Já abordados alguns dos aspectos basilares as políticas do trabalho e da educação na saúde, cabe realizar uma importante ressalva, no que diz respeito à participação e controle social inerentes às discussões referentes a essa área. Todavia, entende-se que a participação e controle social são prerrogativas do SUS e abrangem uma dimensão macro, ou seja, envolvem toda a política de saúde.

Neste sentido, reconhece-se aqui a expectativa de que o PMAQ-AB abordasse aspectos da participação e controle social de modo mais amplo, para a PNAB. Contudo, a análise criteriosa dos documentos revelou um total vazio de questionamentos que pudessem dar indícios sobre estes aspectos na ESF.

No que se refere ao usuário dos serviços de saúde, durante a fase de avaliação externa foram entrevistados quatro usuários por EqSF, que estavam presentes na unidade no momento desta etapa. Os questionamentos foram pautados no denominado Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS, que visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2013).

Neste módulo do instrumento de avaliação externa, os ditos padrões de qualidade buscam, a partir de blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão e diabetes), aplicados de acordo com o perfil do usuário, realizar a avaliação do serviço prestado e a satisfação quanto ao mesmo. Nenhum padrão de qualidade indica para formas do usuário de participar do planejamento ou controle das ações de saúde ofertadas e do processo de trabalho daquela equipe.

Em que pese o vazio deixado pelo Programa, expressa-se aqui que o mesmo poderia investigar aspectos que buscassem valorizar iniciativas da própria equipe de promover a participação e controle social nos seus processos de trabalho.

A crítica aqui não é de esperar que um único Programa responda à todas as necessidades e aspectos de organização da PNAB, mas de reconhecer a importância das formas de participação e controle social, do próprio trabalhador como sujeito atuante neste e do usuário com detentor de prerrogativas legais para tal ação

Assumindo a ausência de aspectos que possam verificar ou reconhecer as formas participação e controle social para as áreas do trabalho e da educação na saúde, cabe ainda indicar a importância da mesma. Uma forma de contemplar esta importância é a análise de documentos considerados substanciais a área.

A NOB/RH-SUS considera que a gestão do trabalho deve ocorrer através de ações estruturadas de acordo com quatro eixos: Gestão do Trabalho no SUS, Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS, Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS e Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

O Pacto pela Vida instituiu mecanismos de co-gestão e planejamento regional, buscando fortalecer os espaços de controle social, redefinindo os instrumentos de regulação, programação e avaliação, e valorizando a cooperação técnica entre os gestores (BRASIL, 2006).

Entre as diretrizes para a Educação Permanente, o pacto de gestão considera a PNEPS uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores, definindo para o processo de avanço na sua implementação, a cooperação técnica e articulação entre gestores, das três esferas de governo, instituições de ensino, serviços de saúde e controle social (BRASIL, 2006).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a proposta do DEGES/MS para a Gestão da Educação na Saúde é atuar para promover a integração entre quatro pilares, o que consideram como o quadrilátero da formação para a área da saúde, são eles: as estruturas de gestão setorial da saúde (práticas gerenciais e organizacionais da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os serviços de atenção (práticas de atenção à saúde e organização do cuidado) e os órgãos de controle social (Conselhos de saúde, movimentos sociais e educação popular).

Percebe-se então, conforme os documentos citados, que o controle social aparece como importante ator da área de trabalho e da educação na saúde.

O controle social significa, para o SUS, o direito e o dever da comunidade de participar nos processos de formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde através dos espaços colegiados de gestão dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (OLIVEIRA, 2013). A participação desses atores também constitui um dos pilares do trabalho e da educação na área da saúde que precisa ser considerado pelos seus gestores e Programas, como é o caso do PMAQ-AB.

6.2 O perfil dos profissionais de formação de nível superior da ESF

Considerando que as questões relacionadas ao trabalho e a educação na saúde estão diretamente relacionadas ao trabalhador, no caso deste estudo das EqSF, buscou-se, neste

tópico, descrever e caracterizar, quantitativamente, o perfil destes profissionais, com formação de nível superior, entrevistados pelo PMAQ-AB, no estado de Pernambuco.

Entende-se que, para uma caracterização mais completa do perfil dos profissionais, outras variáveis de relevância que não estavam presentes no questionário de avaliação externa poderiam ser agregadas, tais como idade, sexo e tempo de formação. Como a proposta deste trabalho é a de apresentar a análise a partir dos dados coletados pela avaliação externa do PMAQ-AB, a ausência de tais dados constituiu-se em uma limitação do estudo.

A compreensão da ESF como reorientação do modelo assistencial significa também conhecer os atores sociais envolvidos nas equipes que integram a proposta de saúde da família (COSTA et al., 2013).

Assim, investigações que abordem as características dos trabalhadores das EqSF podem ser úteis para subsidiar discussões relacionadas à formação de trabalhadores e podem estimular reflexões acerca do planejamento de políticas públicas, em especial, as relacionadas ao trabalho no âmbito do SUS (BRITO, 2016).

6.2.1 Caracterização geral

Dentre os profissionais entrevistados, 1.772 (96,61%) são enfermeiros e apenas 62 (3,39%) são médicos. A maioria dos profissionais, 620 (33,8%) estão concentrados na I GERES. Esta foi também a Região de Saúde que apresentou a maior participação de médicos nas entrevistas, 41 (66,1%), conforme tabela 1.

Em relação à distribuição das EqSF, segundo os municípios estratificados por porte populacional (tabela 02), a maioria, 547 (29,8%) participantes estão nos municípios com população entre 20.001 a 50.000 hab., 359 (19,6%) entre 100.001 e 500.000 hab., 349 (19%) nos municípios com até 20.000 hab., 304 (16,6%) entre 50.001 e 100.000 hab. e 275 (15%) em município acima de 500.000 hab.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados por GERES do estado de Pernambuco, 2014.

GERES	MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO PMAQ-AB	Médico(a)	Enfermeiro(a)	Total
		N (%)	N (%)	N (%)
I	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.	41 (66,1)	579 (32,7)	620 (33,8)
II	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.	7 (11,3)	156 (8,8)	163 (8,9)
III	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.	3 (4,8)	151 (8,5)	154 (8,4)
IV*	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Uma, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte e Toritama.	1 (1,6)	242 (13,7)	243 (13,2)
V	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.	2 (3,2)	100 (5,6)	102 (5,6)
VI	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.	0 (0,0)	43 (2,4)	43 (2,3)
VII	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.	4 (6,5)	72 (4,1)	76 (4,1)
VIII	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.	2 (3,2)	80 (4,5)	82 (4,5)
IX	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.	0 (0,0)	146 (8,2)	146 (8,0)
X	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.	0 (0,0)	63 (3,6)	63 (3,4)
XI	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo.	1 (1,6)	49 (2,8)	50 (2,7)
XII	Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba.	1 (1,6)	91 (5,1)	92 (5,0)
Total		62 (100,0)	1.772 (100,0)	1.834 (100,0)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Está situado na IV GERES o município de Vertentes, o único do estado de Pernambuco em que não houve adesão de nenhuma EqSF ao PMAQ-AB, no seu segundo ciclo.

O predomínio dos enfermeiros como respondentes é verificado em todos os municípios, independente do porte populacional, correspondendo a 1.772 (96,6%) dos

entrevistados. Nota-se que o maior percentual de médicos entrevistados está nos municípios com porte acima de 500.000 hab., representando 34 (12,4%) dos profissionais entrevistados neste porte populacional, com diferença estatística significativa ($p=0,000$). Estes representam apenas dois municípios do estado, integrantes da I GERES (tabela 02).

Estes resultados corroboram com estudos realizados sobre o primeiro ciclo do PMAQ-AB, no ano de 2012, cujos resultados indicam que os enfermeiros representam mais de 92,3% do total de entrevistados (SEIDL, et al., 2014).

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir da profissão e tempo de atuação estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001-50.000 hab.	50.001-100.000 hab.	100.001-500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	p-valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Profissão							
Médico	5 (1,4)	7 (1,3)	11 (3,6)	5 (1,4)	34 (12,4)	62 (3,4)	0,000*
Enfermeiro	344 (98,6)	540 (98,7)	293 (96,4)	354 (98,6)	241 (87,6)	1772 (96,6)	
Tempo Atuação (Médico)							
Menos de 01 ano	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (20,0)	1 (2,9)	3 (4,8)	0,273
De 01 a 05 anos	5 (100,0)	7 (100,0)	10 (90,9)	3 (60,0)	25 (73,5)	50 (80,6)	
De 06 a 10 anos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (20,6)	7 (11,3)	
11 anos ou mais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (1,6)	
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	
Total	5 (100,0)	7 (100,0)	11 (100,0)	5 (100,0)	34 (100,0)	62 (100,0)	
Tempo Atuação (Enfermeiro)							
Menos de 01 ano	27 (7,8)	38 (7,0)	22 (7,5)	26 (7,3)	5 (2,1)	118 (6,7)	0,000*
De 01 a 05 anos	305 (88,7)	458 (84,8)	251 (85,7)	256 (72,3)	206 (85,5)	1476 (83,3)	
De 06 a 10 anos	2 (0,6)	11 (2,0)	2 (0,7)	20 (5,6)	13 (5,4)	48 (2,7)	
11 anos ou mais	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	12 (3,4)	13 (5,4)	26 (1,5)	
Não sabe/não respondeu	10 (2,9)	32 (5,9)	18 (6,1)	40 (11,3)	4 (1,7)	104 (5,9)	
Total	344 (100,0)	540 (100,0)	293 (100,0)	354 (100,0)	241 (100,0)	1772 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Cabe relembrar, que para o Programa, o profissional a ser entrevistado deve ser aquele, escolhido pela própria equipe, por deter o maior conhecimento sobre a comunidade e os processos de trabalho da unidade de saúde (BRASIL, 2013).

Com este olhar, de modo geral, pode-se afirmar a atuação do enfermeiro como central no processo de trabalho e, ao mesmo tempo, questionar um possível acúmulo de funções relacionadas esta categoria profissional na ESF.

Alguns autores refletem a proposição acima realizada. Para Gil (2006), evidencia-se a atuação do profissional enfermeiro na administração dos serviços e na liderança da equipe de saúde, podendo indicar, também, uma sobrecarga de trabalho deste profissional.

Uma pesquisa qualitativa realizada com 22 enfermeiras em Recife, entre 2005 e 2006, indicou ser recorrente a opinião das enfermeiras que a sobreposição de assistência e administração provoca sobrecarga, gerando ansiedade, impotência, frustração e sentimento de ser injustiçada na divisão de tarefas na equipe. Todavia, esta dimensão também é associada a ideias e sentimentos positivos como o reconhecimento da relevância do trabalho e importância do próprio desempenho. A formação médica especializada representa um obstáculo para concretizar a interdependência da autonomia e responsabilidade da enfermagem (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010). Esta assertiva pode ser relacionada à própria definição da PNAB, que apesar de estabelecer como atribuição comum aos profissionais, enfermeiro, médico e cirurgião-dentista, o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e agente de combate a endemias em conjunto com os outros membros da equipe; atribui apenas ao enfermeiro a ação de supervisionar as ações do ACS (BRASIL, 2011, 2017).

No que se refere ao tempo de atuação destes profissionais na EqSF atual, os resultados são apresentados na tabela 02. A maior parte dos entrevistados, 1.526 (83,2%), tem um tempo de atuação na equipe entre um a cinco anos, sendo este percentual composto por 50 (80,6%) médicos e 1.476 (83,3%) enfermeiros.

Pode-se constatar que apenas 82 (4,47%) profissionais atuam de 06 a mais anos na mesma EqSF. Este percentual revela que, em Pernambuco, o tempo de atuação de 06 anos a mais na mesma equipe é menor que a média nacional, cujos dados, avaliados no primeiro ciclo do PMAQ-AB, indicam que, em 2012, no Brasil 18% dos profissionais atuavam na mesma equipe de 06 a mais anos. Em estudo realizado no estado do Paraná, também para o ano de 2012, este valor representava 23,7% do total de entrevistados pelo Programa (RIZZOTO et al., 2014; SEIDL, et al., 2014).

Quando se relaciona o tempo de atuação às categorias profissionais deste estudo, pode-se inferir que entre os enfermeiros apenas 74 (4,1%) atuam na mesma equipe de 06 a mais anos e, destes, a maioria 32 (43,24%) estão nos municípios entre 100.001 a 500.000 habitantes. Os médicos apresentam maior ocorrência, 08 (12,9%), em relação a este tempo de

atuação quando comparados aos enfermeiros, entretanto ressalva-se que todos estes estão concentrados nos municípios acima de 500 mil hab. O tempo de atuação do enfermeiro apresentou diferenças significantes em relação ao porte populacional ($p=0,000$) e entre os médicos esta variável não apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p=0,273$) entre os municípios dos diferentes estratos populacionais.

Deve-se chamar a atenção ao fato de que 105 (5,7%) profissionais não sabem ou não respondeu esta variável.

Em tese, considerando que o MS vem aportando incentivos aos municípios que aderem à ESF desde 1998, portanto, há mais de uma década e meia, os dados demonstram uma temporalidade curta da inserção desses profissionais nas equipes (SEIDL et al., 2014).

Estudos relacionam o baixo tempo de atuação na equipe à rotatividade dos profissionais da AB, o que sugere a importância de empenhar esforços para a diminuição da rotatividade de profissionais atuantes na AB (CAMPOS; MALIK, 2008).

Partindo da aposta na ESF como modelo (re)orientador prioritário das práticas de saúde pública, que visa romper com o paradigma hegemônico, norteado, entre seus princípios e diretrizes, por proposições de estabelecimento de relações de vínculo com a comunidade, do conhecimento da realidade do território de atuação e da integralidade do cuidado, afirma-se aqui que o maior tempo de atuação na EqSF é um fator fundamental ao trabalho e alcance de melhores resultados, neste ponto central da RAS.

Diversos estudos analisam a questão da rotatividade e fixação de profissionais na ESF. Nessa lógica, Brito (2016), Medeiros et al. (2010) e Oliveira (2013) apontam a rotatividade como um dos fatores que prejudicam a efetividade da ESF.

Abordando a rotatividade profissional de forma mais geral, para Medeiros et al. (2010), esta é consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização. Dentre os fenômenos externos, estão a situação de oferta e procura de recursos humanos, a conjuntura econômica e as oportunidades de empregos no mercado. Quanto aos internos, estão a política salarial, a política de benefícios, o tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, as condições físicas ambientais de trabalho, o moral do pessoal, a cultura organizacional, a política de recrutamento e seleção de pessoal, os critérios e programas de treinamento de recursos humanos, a política disciplinar da organização, os critérios de avaliação de desempenho e o grau de flexibilidade das políticas da organização.

Kumar et al. (2013), associam a baixa satisfação com o trabalho, entre os profissionais de saúde pública, ao inadequado reconhecimento e desenvolvimento profissional, baixos

salários, ausência de benefícios, e envolvimento mínimo destes na tomada de decisão, principalmente em relação às suas carreiras. Segundo os autores, estes são alguns dos fatores que ocasionam o aumento a taxa de rotatividade. Desta forma, torna-se imperativo que as organizações criem condições que permitam a valorização dos profissionais, com direitos e benefícios efetivamente cumpridos e perspectiva de progressão funcional.

Autores citam ainda, entre os fatores relacionados à rotatividade profissional na ESF, a exigência de carga horária integral, o baixo comprometimento dos profissionais e ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela ESF, ou formação voltada para as especialidades (MENDONÇA et al., 2010; NEY; RODRIGUES, 2012).

De acordo com Ney e Rodrigues (2012), evidências associam a dificuldade de fixação dos médicos na ESF a fatores como: incipiente regulação estatal sobre a profissão médica no Brasil, precarização dos vínculos de trabalho, e, conseqüentemente, a busca por melhores remunerações. Apontam, ainda, que a expansão da ESF não foi acompanhada do planejamento adequado para gerir os recursos humanos e que, entre os profissionais de nível superior, os médicos são os detentores de mais poder de negociação, ocasionado pelas múltiplas alternativas que o mercado lhe oferece.

Reforçando esta compreensão, Brito (2016) refere que esses trabalhadores podem não investir em qualificação específica para atuar na ESF e adquirir tratamento diferenciado dos demais membros da equipe, com elevados salários e flexibilização da carga horária, esta última garantida pelo Ministério da Saúde.

Quanto à remuneração como fator relacionado à rotatividade e fixação dos profissionais, Cavalcanti et al. (2010), com o objetivo de analisar a variação dos salários dos profissionais da Saúde da Família a partir do porte populacional nos municípios pernambucanos, realizaram um estudo com amostra estratificada de 44 municípios do estado. Os resultados revelaram uma intensa variação de salários entre as categorias profissionais (enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas), com destaque para a categoria médica, detentora dos maiores valores de salário, os quais são em torno de duas vezes maiores que os dos outros profissionais de nível superior na ESF. De um modo geral, o porte populacional aparece como fator diretamente associado ao valor de remuneração das categorias, sendo os municípios de maior porte aqueles com melhores remunerações. No entanto, observa-se que os municípios de pequeno porte remuneram melhor os médicos do que aqueles de médio porte e, mesmo em relação aos de grande porte, sua diferença para menos não se mostra significativa, situação que reflete a dificuldade para atração e fixação de médicos nos pequenos municípios.

Discutir esta questão envolve reconhecer as fragilidades dos municípios de menor porte e também considerar as diferenciadas realidades regionais no estado de Pernambuco, comuns ao nosso país. Para Domingos et al. (2017), ao analisar a fatores associados à fixação do profissional médico, não há soluções únicas e isoladas, sendo necessárias intervenções que articulem a gestão federal, estadual e municipal, estratégias de financiamento, formação dos profissionais de saúde e a regulação da formação e do processo de trabalho em saúde, políticas que fortaleçam as vulnerabilidades dos municípios menores.

Sem a pretensão de esgotar a discussão sobre este problema, bem como considerando os limites do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, cabe reconhecer a multiplicidade das causas que envolvem a rotatividade profissional na ESF e que algumas destas são categorias possíveis de análise a partir das variáveis deste estudo, como tipo vínculo, PCCS e formação profissional. Estes serão aprofundados nos tópicos a seguir.

No entanto, reforça-se a necessidade de outros estudos para avaliar a rotatividade e fixação de profissionais nos municípios do estado, particularmente que aprofundem o debate em torno dos municípios de pequeno porte (SEIDL et al., 2014). Em Pernambuco, estes configuram a maioria dos municípios, correspondendo a 41,1% do total.

6.2.2 Características da formação profissional

Quanto à formação dos profissionais entrevistados, no que se refere a graduação e pós-graduação, observa-se que a grande maioria, 1.716 (93,6%), declarou possuir ou estar em processo de formação complementar no momento da pesquisa. Destes, estão um total de 56 (90,3%) médicos e 1.660 (93,7%) enfermeiros, como demonstra a tabela 3.

A análise por porte populacional indica que os municípios com até 20.000 hab. apresentam a maior ocorrência dos médicos, 5 (100%), que referiram possuir ou estar em formação, seguidos pelos municípios com mais de 500.000 hab., 33 (97,1%). Diferentemente da distribuição dos enfermeiros, que estão mais homoganeamente distribuídos entre os diferentes estratos populacionais. Para esta variável, independente do porte populacional, não houve diferenças estatística significativa entre médicos ($p=0,149$) e enfermeiros ($p=0,181$).

Para Seidl et al. (2014), desde a implantação da ESF foi gerada uma demanda por novos perfis profissionais para atuação em tal nível de atenção. Esta afirmativa pode ser associada ao alto número de profissionais com ou em processo de formação, ratificando o resultado encontrado.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir da formação (concluída ou em curso) estratificados por categoria profissional e porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001-50.000 hab.	50.001-100.000 hab.	100.001-500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	p-valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Possui ou está em formação complementar							
Médico(a)	5 (100)	6 (85,7)	8 (72,7)	4 (80)	33 (97,1)	56 (90,3)	0,149
Enfermeiro(a)	325 (94,5)	499 (92,4)	269 (91,8)	337 (95,2)	230 (95,4)	1660 (93,7)	0,181
Médico (a)**							
Esp. em Med. Fam. e Com.	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	10 (30,3)	13 (23,2)	0,185
Esp. em SF***	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	3 (75,0)	21 (63,6)	27 (48,2)	0,003
Esp. em SP/SC****	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (25,0)	8 (24,2)	10 (17,9)	0,242
Outra esp.	3 (60,0)	4 (66,7)	4 (50,0)	1 (25,0)	21 (63,6)	33 (58,9)	0,624
Res. em Med. Fam. e Com.	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	4 (12,1)	5 (8,9)	0,306
Res. em SF***	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	1 (1,8)	0,899
Res. em SP/SC****	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Outra residência	0 (0,0)	2 (33,3)	2 (25,0)	0 (0,0)	9 (27,3)	13 (23,2)	0,251
Mestrado em Medicina de Família e Comunidade	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Mestrado em SF***	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,0)	1 (1,8)	0,899
Mestrado em SP/SC****	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Outro mestrado	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,4)	0,061
Doutorado em SF***	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Doutorado em SP/SC****	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	0,405
Outro doutorado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Total Médico(a)	5 (100,0)	6 (100,0)	8 (100,0)	4 (100,0)	33 (100,0)	56 (100,0)	
Enfermeiro(a)**							
Esp. em SF***	75 (23,1)	180 (36,1)	93 (34,6)	176 (52,2)	162 (70,4)	686 (41,3)	0,000
Esp. em SP/SC****	118 (36,3)	183 (36,7)	105 (39,0)	134 (39,8)	106 (46,1)	646 (38,9)	0,136
Possui outra esp.	217 (66,8)	311 (62,3)	156 (58,0)	207 (61,4)	127 (55,2)	1018 (61,3)	0,057
Res. em SF***	9 (2,8)	3 (0,6)	1 (0,4)	3 (0,9)	7 (3,0)	23 (1,4)	0,010
Res. em SP/SC****	4 (1,2)	2 (0,4)	2 (0,7)	3 (0,9)	2 (0,9)	13 (0,8)	0,748
Possui outra res	7 (2,2)	23 (4,6)	15 (5,6)	32 (9,5)	24 (10,4)	101 (6,1)	0,000
Mestrado em SF***	2 (0,6)	4 (0,8)	1 (0,4)	5 (1,5)	6 (2,6)	18 (1,1)	0,140
Mestrado em SP/SC****	9 (2,8)	14 (2,8)	9 (3,3)	5 (1,5)	2 (0,9)	39 (2,3)	0,211
Possui outro mestrado	6 (1,8)	13 (2,6)	9 (3,3)	12 (3,6)	11 (4,8)	51 (3,1)	0,336
Doutorado em SF***	3 (0,9)	3 (0,6)	3 (1,1)	3 (0,9)	1 (0,4)	13 (0,8)	0,891
Doutorado em SP/SC****	2 (0,6)	2 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,2)	0,215
Possui outro doutorado	0 (0,0)	3 (0,6)	0 (0,0)	2 (0,6)	6 (2,6)	11 (0,7)	0,004
Total Enfermeiro(a)	325 (100,0)	499 (100,0)	269 (100,0)	337 (100,0)	230 (100,0)	1660 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante. ** Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas. *** Saúde da Família; **** Saúde Pública/Saúde Coletiva

Pode-se afirmar que os profissionais de saúde vêm investindo na sua qualificação. Porém, cabe detalhar mais esta variável que inclui profissionais que ainda estão em processo de formação, sem definição específica da área dos cursos de *stricto sensu* e/ou *lato sensu*, a possibilidade da formação ser voltada para área de saúde pública/coletiva/da família ou não, bem como o comportamento destas quanto as categorias profissionais e o porte populacional dos municípios pernambucanos.

No escopo dos tipos de formações declaradas pelos profissionais, um primeiro ponto a se considerar é que para estas variáveis um mesmo profissional pode apresentar mais de uma resposta, conforme seus processos de formação. Logo, na tabela 03 o total pode ser superior aos sujeitos que declararam possuir ou estar em processo de formação. Outro aspecto a ser explicitado é que todas as variáveis relacionadas à formação, nesta subdimensão do PMAQ-AB, representam tipos de cursos de pós-graduação.

Os resultados apontam que as pós-graduações *lato sensu* são os cursos de formação mais referidos pelos profissionais, independente da categoria profissional ou do porte populacional dos municípios. Resultados similares foram verificados em outros estudos (BRITO, 2016; COSTA et al., 2013; SEIDL et al., 2014).

Quanto as especializações em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade, observou-se que 726 (39,6%) profissionais que responderam positivamente estas variáveis, sendo que estes são representados por 40 (71,4%) médicos e 686 (39,9%) enfermeiros (tabela 3). Para todas as categorias profissionais pode-se perceber a concentração destas especializações entre os entrevistados que atuam em municípios com porte populacional acima de 500.000 hab. e apenas a especialização em Saúde da Família ($p=0,000$) apresentou diferenças com significância estatística.

Este achado diferencia-se do estudo sobre o PMAQ-AB a partir do cenário nacional, no qual os respondentes médicos, com essas especializações, concentram-se nos municípios de grande porte (SEIDL et al., 2014).

Ainda sobre as especializações, ao somarmos o total geral de ocorrências positivas para a variável "Outra especialização", este apresenta-se menor, quando comparado ao somatório de ocorrências das especializações em Saúde da Família, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Pública/Saúde Coletiva (tabela 3). Tendo em vista que estamos analisando a formação de profissionais para atuação na ESF, este resultado apresenta-se como positivo. De modo semelhante, para Brito (2016), merece destaque, no município de João Pessoa, o expressivo número de trabalhadores especialistas em Saúde da Família, Medicina de

Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Pública, que, totalizaram a maioria (67,4%) dos cursos realizados entre estes.

A formação na modalidade de Residência em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade e de Residências em Saúde Pública/Saúde Coletiva, demonstram-se baixos percentuais de realização destas, nas duas categorias profissionais respondentes, todavia com piores resultados entre os enfermeiros, sendo esta modalidade referida por apenas 06 (10,7%) médicos e de 36 (2,2%) enfermeiros. Os achados para as variáveis acima referidas sugerem que entre os médicos a maior concentração está nos municípios de porte acima de 500.000 hab. e entre os enfermeiros a maior concentração está nos em municípios de até 20.000 habitantes (tabela 3).

Reforçando a concepção clínica ainda predominante na formação médica, constatou-se que 13 (23,2%) desses profissionais referiram a variável "Outra Residência", valor maior do que aqueles que possuem Residências em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade e de Residências em Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Com relação às pós-graduações *strictu sensu* (mestrado ou doutorado), observou-se que poucos profissionais responderam positivamente para estas modalidades de formação, com o seguinte comportamento: apenas 04 (7,1%) médicos para mestrado e 01 (1,8%) para doutorado, sendo nessa categoria profissional a maior frequência dessa modalidade de formação; entre os enfermeiros responderam positivamente 108 (6,5%) para mestrado e 28 (1,7%) para doutorado. Apesar das baixas proporções, a maior concentração tanto de enfermeiros, como de médicos, está nas cidades com porte populacional entre 20.001 a 50.000 hab.

De modo semelhante, Brito (2016) indica que, na ESF, a conclusão de Cursos de Residência (9,7%), Mestrado (2%) e Doutorado (0,3%) foi bastante incipiente entre os trabalhadores, conforme resultados descritos. O maior percentual de profissionais com residência foram os médicos (29,8%), principalmente nas áreas que não são da Saúde da Família.

Gil (2005) verificou que os enfermeiros se especializavam, principalmente, nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, e que os médicos, em áreas clínicas. Achado que também dialoga com os resultados deste estudo.

Segundo Fiúza et al. (2012), a literatura especializada sinaliza que as Instituições de Ensino tendem a manter uma formação em saúde conservadora, centrada no modelo flexneriano, que não respondem às necessidades do SUS. A fragilidade desse modelo, pelo qual a maioria dos sujeitos desta pesquisa foi graduada, é mais evidente em relação às

demandas na ESF. Nesse cenário de trabalhadores formados no período anterior ao SUS e de mudanças no perfil de egressos dos cursos de saúde, que acontece de forma lenta, a pós-graduação *latu senso*, majoritariamente teórica, emerge como uma alternativa para capacitar profissionais para atuarem na ESF, de maneira muito mais expressiva do que os cursos de residência, mestrado e doutorado.

A formação profissional para o SUS tem desafiado tanto as instituições de formação, com seus programas de graduação e pós-graduação, quanto as instituições prestadoras de serviços de saúde em seus projetos de significar os espaços do trabalho como espaços de aprendizagem. Os processos de reorganização e expansão da APS, têm trazido mais elementos de complexidade. Ao ultrapassar os muros das unidades de saúde e olhar os territórios como espaços vivos, com suas contradições, suas incertezas e imprevisibilidades, permeados de histórias reais de sujeitos reais; ao estabelecer linhas de cuidado e projetos terapêuticos singulares; ao reordenar os espaços de gestão sobre o trabalho, a formação é desafiada a (re)significar suas próprias escolhas e seus próprios processos pedagógicos (ENGSTROM et al., 2016).

Na reflexão sobre a pós-graduação e sua colaboração na produção de conhecimentos para a qualificação profissional e também para a articulação de respostas às demandas colocadas pela sociedade, tem papel primordial as universidades e os pesquisadores, em diversos níveis, envolvidos nesse processo (COSTA et al., 2014)

Buarque (apud BUJDOSO, 2009) analisou as universidades brasileiras em 1980 e 1990 e observou que a pós-graduação servia em parte para instrumentalização das práticas profissionais, tentando compensar as deficiências na graduação. Para Costa et al. (2014), a pós-graduação tem se afastando do ponto fundamental para o qual foi criada: o de servir de espaço para a reflexão de novas ideias, tendo como papel o avanço do conhecimento e da produção de pensamento.

Prado et al. (2011) realizaram uma revisão da produção acadêmica da pós-graduação em enfermagem, constatando a contribuição que elas têm trazido às atividades profissionais ao apresentar novos modelos assistenciais e organizacionais da enfermagem e da saúde como um todo. Por outro lado, o debate contemporâneo acerca das exigências que envolvem a produtividade de pesquisadores e seus contextos de avaliação também está colocado no questionamento acerca das reais contribuições e qualificação de pesquisas e pesquisadores no cenário da pós-graduação brasileira (COSTA et al., 2014).

Iniciativas governamentais estão estimulando o aumento da oferta de vagas em programas de residência multiprofissionais e médicas para a ESF, o que favorece o

treinamento em serviço, considerado o padrão-ouro para capacitação. Porém, para além do aumento na oferta de vagas, é necessário qualificar os processos de educação permanente, visando ao desenvolvimento de habilidades e competências coerentes com o trabalho esperado na ESF, além do compromisso profissional na efetivação de seus princípios e diretrizes do SUS (BRITO, 2016).

Pernambuco possui 03 de universidades públicas, sendo uma estadual e duas federais. Além das universidades e seus campi, tem ainda a Escola de Saúde Pública, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, que oferta cursos de especialização e formação aos profissionais do SUS.

Entretanto, identifica-se a imperativa necessidade de fortalecer parcerias entre as instituições formadoras com as áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde (estadual e municipal) e a AB, a fim de construir mecanismos e estratégias que possibilitem melhor qualificar os profissionais que atuam na AB, particularmente nos municípios de pequeno porte. Além da ampliação dos programas de residências multiprofissionais e estruturação da pós-graduação *strictu sensu* com acesso dos profissionais dos serviços, da AB e ESF a estes programas.

6.3 Trabalho e Educação: revelações das EqSF a partir do PMAQ-AB

Debater sobre os aspectos relacionados ao trabalho e a educação na saúde a partir das EqSF, com olhar sobre a realidade de praticamente todos os municípios Pernambucanos implica em admitir, como ponto de partida, a existência de uma diversidade de realidades e modos de operar a gestão nesta área, porém com tendências de arranjos organizativos semelhantes.

Dito isto, nesta seção, a análise das características do trabalho e da educação desenvolvida nas EqSF será realizada através dos dados quantitativos da avaliação externa do PMAQ-AB, no segundo ciclo.

Aqui, as variáveis foram agregadas em dois subtópicos: o primeiro trata das características do trabalho na saúde e o segundo aborda as variáveis da dimensão denominada, pelo PMAQ-AB, Educação Permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas, definida como características dos processos formativos nas EqSF.

6.3.1 Características do trabalho

Na tabela 4 são apresentados dados referentes ao vínculo dos entrevistados, a partir do agente contratante, forma de ingresso e modalidade de vínculo trabalhista.

Quanto ao agente contratante, a maioria, 1.435 (78,2%), dos profissionais foi contratada pela administração direta, sendo esta prevalente entre ambas as categorias profissionais integrantes do estudo (enfermeiros e médicos). Os municípios com população entre 50.001 e 100.000 hab. e com população entre 20.001 e 50.000 hab., apresentaram os menores percentuais na amostra, de 70,4% e 72% respectivamente, dos seus profissionais ligados a este tipo de agente, enquanto nos municípios dos demais portes este percentual foi acima de 80% dos profissionais e esta variável houve diferença estatística significativa ($p=0,000$).

Corroborando com este resultado, os achados de Seidl et al. (2014), segundo o qual a contratação pela administração direta foi verificada na maior parte (77,9%) dos municípios brasileiros. Porém, deve-se considerar que, isoladamente, a contratação pela administração pública não é suficiente para analisar a maior ou menor flexibilização das relações de trabalho, posto que não garante as formas mais protegidas de vínculo (SEIDL et al., 2014; BRASIL, 2006).

O segundo agente contratante mais frequente no Estado são os Consórcios Intermunicipais de Direito Público, que vinculam 133 (7,3%) dos profissionais das EqSF de Pernambuco. Esta ocorrência apresenta-se mais elevada em municípios de pequeno porte, com população entre 20.001 a 50.000 hab., totalizando 9,3% dos profissionais neste porte. Quanto aos que relataram não saber ou que não responderam esta variável todos são enfermeiros, representando 77 (4,2%) de todos os entrevistados (tabela 4).

Este achado assemelha-se ao estudo realizado por Neves e Ribeiro (2006), que apontam que 95% dos municípios envolvidos em consórcios de saúde no Brasil têm menos de 50.000 hab., o que, para o autor, reforça a importância dos consórcios públicos como estratégia intergovernamental de municípios pequenos.

Todavia, faz-se necessário pensar esta questão, dita como estratégica para a gestão, a partir de aspectos como a forma pela qual os trabalhadores estão inseridos através destes diferentes modelos de organização precisam ser ponderadas a luz das implicações para o trabalho em saúde, valorização do trabalhador e garantias de direitos. Considerando a importância destas questões segue-se com uma breve análise dos consórcios no estado.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001-50.000 hab.	50.001-100.000 hab.	100.001-500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	P-valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Agente contratante							
Administração direta	297 (85,1)	394 (72,0)	214 (70,4)	307 (85,5)	223 (81,1)	1435 (78,2)	0,000*
Consórcio intermunicipal de direito público	20 (5,7)	51 (9,3)	16 (5,3)	28 (7,8)	18 (6,5)	133 (7,3)	
Consórcio intermunicipal de direito privado	1 (0,3)	11 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,7)	14 (0,8)	
Fundação pública de direito público	7 (2,0)	27 (4,9)	41 (13,5)	0 (0,0)	8 (2,9)	83 (4,5)	
Fundação pública de direito privado	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,4)	4 (0,2)	
Organização social (OS)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,1)	
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)	
Empresa	0 (0,0)	3 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	4 (0,2)	
Outro(s)	12 (3,4)	29 (5,3)	15 (4,9)	6 (1,7)	19 (6,9)	81 (4,4)	
Não sabe/não respondeu	12 (3,4)	29 (5,3)	16 (5,3)	17 (4,7)	3 (1,1)	77 (4,2)	
Tipo de vínculo							
Servidor público estatutário	77 (22,1)	137 (25,0)	56 (18,4)	60 (16,7)	223 (81,1)	553 (30,2)	0,000*
Cargo comissionado	17 (4,9)	9 (1,6)	6 (2,0)	6 (1,7)	0 (0,0)	38 (2,1)	
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	97 (27,8)	105 (19,2)	90 (29,6)	99 (27,6)	15 (5,5)	406 (22,1)	
Contrato temporário por prestação de serviço	108 (30,9)	175 (32,0)	76 (25,0)	113 (31,5)	10 (3,6)	482 (26,3)	
Empregado público CLT	3 (0,9)	19 (3,5)	4 (1,3)	15 (4,2)	8 (2,9)	49 (2,7)	
Contrato CLT	43 (12,3)	97 (17,7)	67 (22,0)	60 (16,7)	18 (6,5)	285 (15,5)	
Autônomo	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,1)	
Outro(s)	4 (1,1)	3 (0,5)	4 (1,3)	6 (1,7)	0 (0,0)	17 (0,9)	
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	1 (0,2)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,4)	3 (0,2)	
Forma de ingresso							
Concurso público	78 (22,3)	141 (25,8)	63 (20,7)	58 (16,2)	228 (82,9)	568 (31,0)	0,000*
Seleção pública	39 (11,2)	66 (12,1)	80 (26,3)	130 (36,2)	28 (10,2)	343 (18,7)	
Indicação	185 (53,0)	240 (43,9)	107 (35,2)	123 (34,3)	9 (3,3)	664 (36,2)	
Outra forma	47 (13,5)	100 (18,3)	54 (17,8)	48 (13,4)	10 (3,6)	259 (14,1)	
Total	349 (100,0)	547 (100,0)	304 (100,0)	359 (100,0)	275 (100,0)	1834 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante

A terceirização, inclusive em unidades básicas de saúde é uma realidade no SUS em decorrência da ordem econômica neoliberal e ocorre tanto pela transferência da propriedade de entes públicos a entes privados, como mediante a delegação da gestão de serviços públicos para organizações privadas, sem necessariamente transferir sua propriedade (RIZZOTTO et al., 2014).

Com o advento da Lei Nº 11.107, de 2005, e do Decreto Nº 6.017, de 2007, concebeu-se o marco regulatório para a constituição de consórcios no Brasil. Esse Decreto de 2007 considera, em seu artigo 2º, que: I ó Consórcio Público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei no 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive à realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. Para o MS, diante deste marco, os municípios tornam-se os principais protagonistas na criação de consórcios para encontrar soluções para situações comuns não resolvidas durante anos (BRASIL, 2014c).

Ainda no indicativo das justificativas para o consorciamento, segundo o Ministério da Saúde o consórcio público é uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum. Ele pode facilitar o planejamento local e regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado; servir como preâmbulo da formação de redes federativas em busca para garantir eficiência à administração pública; e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2014c).

Para Galindo et al. (2014), embora seja tradicionalmente uma estratégia de gestão intermunicipal, em Pernambuco, a adoção dos consórcios públicos como estratégia de regionalização do SUS resultou de uma escolha do governo do estado, desde 2009.

Atualmente, em Pernambuco, existem 10 consórcios públicos, constituídos e funcionando, que reúnem, conjuntamente, todos os municípios do estado (ASSOCIAÇÃO MUNICIPALISTA DE PERNAMBUCO, 2017).

Historicamente, este processo pode ser mais nitidamente delineado a partir de 2007, quando o Governo do Estado, utiliza práticas de gestão empregadas no meio empresarial, para elaborar o modelo de planejamento e gestão denominado "Todos Por Pernambuco - Gestão Democrática e Regionalizada com Foco em Resultados". Neste, a consolidação e interiorização do desenvolvimento foi eleita como um dos focos prioritários das políticas e ações estaduais (PERNAMBUCO, 2009).

A legitimação dessa escolha na política de saúde pernambucana se expressou na chamada regionalização consorciada no Sertão do Araripe, a partir do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe (Cisape) como o projeto piloto, pois foi o primeiro a ser regulamentado e a instalar o seu Núcleo Intermunicipal de Saúde (NIS), que tem a função de gerir de forma intergovernamental e participativa a saúde na Região do Araripe (PERNAMBUCO, 2009).

Todavia, para além dos objetivos de integração e fortalecimento do municipalismo, apresentados nos documentos, não podemos, de modo algum, deixar de questionar as práticas de gestão, ou melhor, da prestação da gestão do SUS em relação a contrariedade dos seus princípios e diretrizes. Bem como a situação dos trabalhadores de saúde que atuam neste contexto.

Quanto às críticas a racionalidade de gestão, proposta por modelos como os consórcios, o debate deve ir além dos modelos de gestão pública, elas remetem à tensão entre dois projetos de política de saúde: o que defende o SUS público e estatal e sua gestão democrático-participativa, e o que defende as parcerias público-privadas e a adoção do gerencialismo na política de saúde, como forma de tornar mais eficiente e efetivo o sistema de saúde (GALINDO et al., 2014).

Andrews (2010) chama a atenção para a racionalidade de gestão e das práticas gerenciais adotadas nessa experiência de gestão intergovernamental do SUS em Pernambuco, a exemplo da não criação de uma instância de controle social e da não participação da sociedade civil na formulação e gestão do Cisape.

Além disso, no que tange a gestão do trabalho na saúde e ainda debatendo o caso do Cisape, a estruturação da gestão consorciada, tem sido permeada por uma série de características pós-burocráticas na gestão de pessoas, a saber: a constituição de vínculos de trabalho sem estabilidade, flexíveis, precarizando ainda mais a força de trabalho em saúde local. Para os representantes dos municípios, quando questionados sobre a realidade do seu ambiente interno, foram unânimes em apontar a gestão de pessoas como ponto fraco. Os tópicos mais relevantes foram: grande rotatividade de pessoal, pessoas terceirizadas sem qualificação necessária, falta de estímulo dos trabalhadores, processo seletivo não profissional e pouca integração de pessoas (GALINDO et al., 2014).

Para Martins e Molinaro (2013), nos novos modelos de gestão flexíveis, os trabalhadores e o trabalho são avaliados e monitorados com base no cumprimento de metas preestabelecidas, sem que haja normas reguladoras de desempenho, admissão e demissão, o

que fragiliza a vinculação dos profissionais com os serviços públicos e a continuidade da política de saúde.

Este cenário aponta para a necessidade do estado de Pernambuco de reconhecer as implicações dos diferentes modelos de gestão pública nos municípios. Faz-se necessário acompanhar as diferentes práticas de gestão do trabalho que vêm sendo desenvolvidas pelos diversos consórcios, na perspectiva de garantir o cumprimento dos direitos do trabalhador, bem como suas implicações e consequências sobre a qualidade da atenção à saúde prestada.

Retomando a análise sobre a tabela 4, no que se refere ao tipo de vínculo trabalhista na ESF, prevalece entre dos trabalhadores do estudo, 888 (48,4%), a inserção através de contratos temporários, somadas, aqui, as categorias de contrato temporário pela administração pública e por prestação de serviço. Apenas 553 (30,2%) dos entrevistados são servidores públicos estatutários.

A análise do tipo de vínculo por porte populacional demonstra que os municípios acima de 500.000 hab. têm a maior representação dos servidores estatutários do Estado, que correspondem a 223 (81,1%) dos profissionais entrevistados nos municípios deste porte populacional. Enquanto que, em praticamente todos os demais estratos populacionais, com até 500.000 hab., a vinculação através de contratos temporários prevalece entre os profissionais. Para estas variáveis, em todos os portes, houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,000$).

Foi relevante para esta variável a análise por categoria profissional que revela disparidades entre enfermeiros e médicos. Mais da metade dos médicos entrevistados são servidores públicos estatutários, 34 (54,8%), enquanto entre os enfermeiros esta representa a forma de ingresso de apenas 519 (29,3%), e com diferença estatística significativa ($p=0,003$), como apresentado na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais entrevistados partir do agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso estratificados por categoria profissional, Pernambuco, 2014.

Variável	Médico(a)	Enfermeiro(a)	Total	p-valor
	N (%)	N (%)	N (%)	
Agente contratante				
Administração direta	48 (77,4)	1.387 (78,3)	1.435 (78,2)	0,140
Consórcio intermunicipal de direito público	2 (3,2)	131 (7,4)	133 (7,3)	
Consórcio intermunicipal de direito privado	1 (1,6)	13 (0,7)	14 (0,8)	
Fundação pública de direito público	5 (8,1)	78 (4,4)	83 (4,5)	
Fundação pública de direito privado	0 (0,0)	4 (0,2)	4 (0,2)	
Organização social (OS)	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,1)	
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPI)	0 (0,0)	2 (0,1)	2 (0,1)	
Empresa	1 (1,6)	3 (0,2)	4 (0,2)	
Outro(s)	5 (8,1)	76 (4,3)	81 (4,4)	
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	77 (4,3)	77 (4,2)	
Tipo de vínculo				
Servidor público estatutário	34 (54,8)	519 (29,3)	553 (30,2)	0,003*
Cargo comissionado	1 (1,6)	37 (2,1)	38 (2,1)	
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)	7 (11,3)	399 (22,5)	406 (22,1)	
Contrato temporário por prestação de serviço	8 (12,9)	474 (26,7)	482 (26,3)	
Empregado público CLT	2 (3,2)	47 (2,7)	49 (2,7)	
Contrato CLT	8 (12,9)	277 (15,6)	285 (15,5)	
Autônomo	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,1)	
Outro(s)	2 (3,2)	15 (0,8)	17 (0,9)	
Não sabe/não respondeu	0 (0,0)	3 (0,2)	3 (0,2)	
Forma de ingresso				
Concurso público	33 (53,2)	535 (30,2)	568 (31,0)	0,000*
Seleção pública	6 (9,7)	337 (19,0)	343 (18,7)	
Indicação	10 (16,1)	654 (36,9)	664 (36,2)	
Outra forma	13 (21,0)	246 (13,9)	259 (14,1)	
Total	62 (100,0)	1.772 (100,0)	1.834 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

Soma-se a este preocupante cenário os resultados que apontam como principal forma de ingresso na EqSF a indicação, representando 664 (36,2%), seguida pelo concurso público, com 568 (31%), dos profissionais participantes. Observa-se ainda sobre esta variável, 259 (14,1%) dos entrevistados referem outras formas de ingresso, que não são o concurso público, seleção simplificada ou indicação (tabela 4).

A forma de ingresso por mecanismos que não o mérito, ou seja, por indicação, é a principal nos municípios com porte populacional de até 100.000 hab. No que se refere ao concurso público, a concentração majoritária por esta forma de ingresso, está nos municípios com porte populacional maior que 500.000 hab., para estas categorias houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,000$).

Estes achados sugerem a flexibilidade e a precarização de vínculos trabalhistas como problemas no trabalho na ESF de Pernambuco, particularmente nos municípios de pequeno porte. Os resultados podem também ser associados a impactos negativos na atenção à saúde desenvolvida na ESF.

Se o trabalhador, ator chave, não tem estabilidade e valorização profissional, como pode atuar conforme os princípios e diretrizes do SUS? Como podemos dizer que uma gestão que não valoriza o trabalhador, e apresenta como resultados o baixo tempo de atuação do trabalhador na mesma EqSF, considera a APS como prioritária na sua RAS? Como podem ser estabelecidas relações contínuas e efetivas de cuidado entre trabalhadores e usuários num cenário de instabilidade da carreira em saúde?

Estes questionamentos merecem atenção e se configuram como desafios complexos aos gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Além disso, como se viu na tabela 2, o tempo de serviço de 1.647 (89,8%) dos entrevistados era de um até cinco anos e 6,59% tinham menos de um ano de atuação na equipe, o que reforça o indicativo de considerável rotatividade de trabalhadores e possivelmente relacioná-la com a situação de vínculo de trabalho.

Torna-se evidente a necessidade de estudos que acompanhem a evolução da gestão do trabalho em Pernambuco e possibilitem as comparações sobre a dinâmica da força de trabalho ao longo do tempo.

Para Marques (2013), na sociedade contemporânea, o trabalho se afastou de seu conteúdo e significado social, devido à influência do discurso neoliberal. Essa mudança pode ser percebida, entre outras características, pelo expressivo aumento de trabalhadores com vínculos estabelecidos por contratos com tempo determinado, temporários ou por jornadas parciais. Esse cenário favorece a desregulação do trabalho.

O vínculo estatutário é entendido como fonte de satisfação e de segurança, que favorece as relações com o trabalho e com a comunidade e o planejamento das intervenções produtoras de cuidado em longo prazo e uma melhor organização dos serviços. Com esses fatores, podem-se criar vínculos com a população, o compromisso e a corresponsabilidade entre trabalhadores, usuários e comunidade. Vínculos precários ocasionam menos

envolvimento dos trabalhadores nos processos de trabalho, baixa qualificação e descompromisso com o atendimento, o que resulta em evasão e desmotivação desses profissionais (FLEGELER et al., 2008).

Vínculos precários de modo geral, e na ESF em especial, estão associados à maior susceptibilidade do trabalhador da saúde à instabilidade política e à concorrência danosa entre municípios que têm dificuldade de fixação do profissional da saúde (CAMPOS et al., 2009), gerando alta rotatividade (TAVEIRA; SOUZA; MACHADO, 2012).

Cabe ressaltar que, nos anos 1990, a reforma administrativa do Estado induziu novas normas jurídicas no mundo do trabalho como parte das medidas para redução do papel do Estado e diminuição dos gastos públicos. Esse cenário favoreceu a desregulamentação das relações de trabalho no setor público. Assim, medidas restritivas para a contratação (SEIDL et al., 2014).

No que se refere aos resultados obtidos neste estudo, cabe ainda destacar as diferentes tendências encontradas em outras pesquisas, reforçando a diversidade regional e nacional, desta realidade.

Pesquisas do Ministério da Saúde, realizados entre 2001 e 2002, mostraram que entre 20% e 30% de todos os trabalhadores da ESF tinham vínculos precários de trabalho (BRASIL, 2006). Barbosa (2009) e Girardi et al. (2010) em suas pesquisas, mostram uma diminuição da prática de contratação do trabalho precário na ESF, porém demonstram que esta representa melhorias para os profissionais de nível médio e técnico.

Segundo Girardi et al. (2010), o predomínio de contratos protegidos foi observado apenas para contratos de agentes comunitários de saúde e técnicos e auxiliares de saúde.

Brito (2016), corroborando com os resultados deste estudo, aponta que a maioria dos profissionais declarou estar vinculada à ESF, do município de João Pessoa, através de contratos temporários de trabalho.

Estudos sobre os dados do PMAQ-AB, em seu primeiro ciclo, apontam que no cenário nacional, para o ano de 2012, aproximadamente 24,5% dos profissionais das EqSF, possuíam os contratos temporários como forma de vinculação à ESF, considerando aqui o somatório dos contratos por administração pública e por prestação de serviços. Os municípios de menor porte populacional possuem o contrato temporário (pela administração pública ou por contrato de serviço) como opção mais referida quando comparado aos municípios de maior porte, sugerindo uma maior flexibilidade de vínculos trabalhistas em municípios de menor porte populacional (SEIDL et al., 2014).

Deste modo, pode-se afirmar que os trabalhadores da ESF de Pernambuco, encontram-se em situação de maior instabilidade que média nacional. Porém, no que se refere ao porte populacional apresentam tendência semelhante de resultados.

Pimentel, Albuquerque e Souza (2015), em seu estudo avaliativo sobre a ESF em Pernambuco por portes populacionais, demonstraram resultados semelhantes. Segundo os autores, o vínculo por "concurso" representa 36,4% dos profissionais das equipes, com maior prevalência deste nos municípios de grande porte (acima de 100.000 hab.).

Esta problemática, quando analisada a partir das categorias profissionais deve considerar que os médicos, como entrevistados do PMAQ-AB, em Pernambuco, estavam fortemente concentrados nos municípios com porte populacional acima de 500.000hab., correspondendo a 34 (54,8%) dos médicos componentes da população do estudo. Ocorreu também neste porte populacional a maior frequência de profissionais inseridos na EqSF como servidores públicos estatutários. Estes apontamentos podem indicar que a menor precarização do trabalho do médico, encontrada neste estudo e divergente de análises comparativas com a literatura, podem estar associadas aos fatos acima descritos.

Logo, os resultados destas variáveis, para a categoria médica podem ser ditos representativos para os profissionais médicos atuantes nos municípios com porte populacional acima de 500.000 hab.

Apesar dos inúmeros avanços do SUS, a precarização do trabalho tem se configurado como um dos seus principais desafios para a maior parte dos municípios brasileiros, em especial, para a categoria médica. Esse processo impacta diretamente nos trabalhadores e nos serviços oferecidos, portanto, é uma fragilidade para o desenvolvimento do SUS, que afeta negativamente a relação dos profissionais com o sistema, a qualidade e a continuidade dos serviços (CAVALCANTE; LIMA, 2013; MACHADO et al., 2011).

Em 2002, averiguou-se que os vínculos dos médicos, em relação ao total das equipes, eram de 34,3% de contratos temporários e 25,4% de contratações estáveis (BRASIL, 2004). Em 2003, os vínculos precários de trabalho dos médicos alcançavam a marca de 70% (CAMPOS, 2005; GIRARDI; CARVALHO, 2003) em São Paulo, no entanto, 87% dos médicos possuíam contratos regidos pela CLT, e os 13 % restantes eram estatutários com complementação salarial por instituição parceira (CAMPOS, 2005). No 1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, o contrato administrativo representava 66,1% das contratações dos profissionais (BARBOSA; RODRIGUES, 2006). Em 2009, os médicos apresentaram a maior proporção de contratos temporários (37,6%) dentre os membros da ESF (BARBOSA et al., 2009).

Dados mais recentes indicam que em 2014, o trabalho precário ainda predominou nos contratos de médicos da ESF em 76,3% municípios do Paraná (Rizzoto et al., 2014). Brito (2016) destaca, entre os profissionais integrantes dos eu estudo, realizado em João Pessoa, que o tipo de vínculo (temporário) foi declarado por 81,4% dos médicos das EqSF.

A situação dos enfermeiros, em 2002, evidenciava que, em 33,6% das equipes, o contrato era temporário e, em 28,6%, contratações estáveis (BRASIL, 2004). Comparativamente, em 2009, houve redução da precarização dos vínculos. Observou-se que 32,9% dos enfermeiros eram contratados temporariamente e 31,6% eram estatutários (BARBOSA et al., 2009). Segundo Rizzoto et al. (2014), o contrato temporário prevalece entre os enfermeiros, das EqSF, em 57,7% dos municípios do Paraná. Em 2016, dados das EqSF do município de João Pessoa, apontam que 43,3% dos enfermeiros estão inseridos nas equipes através de contratos temporários (BRITO, 2016).

A ESF, prioritária na reorganização da AB no Brasil, tem como princípio a continuidade do cuidado pelas equipes com a população. Com vínculos de trabalho não estáveis, há rotatividade dos profissionais e descontinuidade da assistência. Essa rápida expansão e a grande extensão territorial brasileira ocasionam os problemas de tipos de vínculos (CAMPOS et al., 2002; TAVEIRA; SOUZA; MACHADO, 2012).

Dentre os danos causados aos usuários, estão o rompimento do vínculo entre profissional e população adscrita e a descontinuidade da assistência (TAVEIRA, 2010). Portanto, há indícios de que as formas de contratação não estáveis contrariam a filosofia da ESF e seus princípios ordenadores (BARBOSA et al., 2009; CAMPOS, 2005; CAMPOS et al., 2009), o que justifica o aprofundamento de estudo sobre o tema (TAVEIRA; SOUZA; MACHADO, 2012).

Da análise geral do cenário, é necessário salientar aspectos que tenham proposição de, diante do cenário de precarização, induzir a valorização do profissional e a desprecarização dos vínculos. Destes, a partir do PMAQ-AB, são possíveis análises para o plano de carreiras e acesso a incentivo ou gratificação ou prêmio financeiro por desempenho na ESF.

Os dados da tabela 6 apontam que 1.624 (88,5%) dos entrevistados informaram que não ter PCCS, portanto, não vislumbram a possibilidade de crescimento profissional na AB do estado do Pernambuco. No que se refere ao acesso a incentivo ou gratificação ou prêmio financeiro por desempenho na ESF, esta foi indicada por 592 (32,3%) profissionais. Com relação aos que possuem PCCS, a progressão por titulação e formação profissional e antiguidade são as mais referidas como formas de ascensão.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do plano de carreiras e acesso a incentivo ou gratificação ou prêmio financeiro por desempenho estratificados por categoria profissional e porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001- 50.000 hab.	50.001- 100.000 hab.	100.001- 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	P- valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Médico (a)							
Possui plano de carreira	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (50,0)	17 (27,4)	0,000*
Possui incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho	0 (0,0)	2 (28,6)	2 (18,2)	2 (40,0)	27 (79,4)	33 (53,2)	0,000*
Plano de carreira **							
Progressão por antiguidade	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (88,2)	15 (88,2)	-
Progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (76,5)	13 (76,5)	-
Progressão por titulação e formação profissional	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (82,4)	14 (82,4)	-
Enfermeiro(a)							
Possui plano de carreira	3 (0,9)	7 (1,3)	16 (5,5)	21 (5,9)	146 (60,6)	193 (10,9)	0,000*
Possui incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho	47 (13,7)	125 (23,1)	91 (31,1)	127 (35,9)	169 (70,1)	559 (31,5)	0,000*
Plano de carreira ***							
Progressão por antiguidade	1 (33,3)	2 (28,6)	14 (87,5)	11 (52,4)	131 (89,7)	159 (82,4)	0,000*
Progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)	3 (100,0)	4 (57,1)	5 (31,3)	9 (42,9)	108 (74,0)	129 (66,8)	0,001*
Progressão por titulação e formação profissional	1 (33,3)	3 (42,9)	14 (87,5)	20 (95,2)	123 (84,2)	161 (83,4)	0,037*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

** Número de profissionais médicos com plano de carreira: 17. Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

*** Número de profissionais enfermeiros com plano de carreira:193. Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

Entre as categorias profissionais, os médicos apresentaram melhores resultados para estas variáveis, sendo que 17 (27,4%) indicaram possuir plano de carreira, e 33 (53,2%) possuem remuneração variável. Entre os enfermeiros, apenas 193 (10,9%) relataram possuir plano de carreira e 559 (31,5%) têm acesso a remuneração variável (tabela 6).

Nos municípios com mais de 500 mil hab. é maior a ocorrência de profissionais que referem possuir planos de carreira e acesso a incentivo ou gratificação ou prêmio financeiro por desempenho na ESF. Cabe lembrar que, neste estudo, estão concentrados nos municípios pertencentes a este estrato populacional a maioria dos profissionais vinculados como servidores públicos estatutários. Nota-se haver correlação positiva entre porte

populacional dos municípios e existência de plano de carreira. Em municípios de maior porte, os profissionais foram mais positivos em suas respostas sobre os planos de carreira, enquanto nos municípios menores, as respostas foram mais negativas para essa questão, para estas variáveis todas com diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$).

Os municípios com até 20.000 hab. apresentam as menores ocorrências dentre todos os estratos para as variáveis acima citadas. Tal resultado sinaliza de que há maiores dificuldades de valorização do trabalhador, através da implantação de plano de carreiras em municípios de menor porte populacional.

Deve-se considerar que os resultados apresentados se referem aos respondentes e não ao conjunto da equipe participante do PMAQ-AB. Para além da perspectiva de direitos, entende-se que o plano de carreiras é uma potente ferramenta de gestão, principalmente quando agregado a outros subsídios, como a gratificação, a avaliação de desempenho e a progressão por qualificação.

De modo semelhante, Seidl et al. (2014), afirma que a incorporação dos PCCS nos municípios ainda é frágil. No Brasil, apenas 21,1% dos entrevistados referiram possuir plano de carreira.

Estudo realizado por Ney e Rodrigues (2012), em um município de grande porte do estado do Rio de Janeiro, identificou que a ausência de planos de carreiras era um dos fatores que levavam à desmotivação e rotatividade dos profissionais atuantes na ESF.

Deve-se considerar que algumas iniciativas e programas têm sido implementados com vistas ao fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde, dentre os quais se ressaltam o DesprecarizaSUS e as Diretrizes Nacionais para a elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Salários do SUS. No entanto, como mostram os resultados, são muitos os desafios a se enfrentar nestes âmbitos na AB (SEIDL et al., 2014).

O DesprecarizaSUS é um programa que visa à regularização da situação dos vínculos precários dos trabalhadores inseridos no SUS. Pierantoni et al. (2008) evidenciaram a baixa capilaridade, desconhecimento e baixa adesão dessa iniciativa nas secretarias de saúde.

A implantação de planos de carreira em muitos municípios esbarra em questões como impacto financeiro e restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (SEIDL et al., 2014).

Questões como multiplicidade de vínculos e alta rotatividade dos profissionais nos vários municípios trazem desafios importantes para a gestão do trabalho da AB no SUS no que diz respeito aos princípios da equidade (SEIDL et al., 2014).

A implantação e a implementação do PCCS podem refletir, indiretamente, na melhoria da qualidade do trabalho e no atendimento à população, tendo em vista as especificidades das equipes e a complexidade do trabalho em saúde. O desenvolvimento de mecanismos mais eficazes, que contemplem tanto as exigências de qualidade nos serviços quanto os anseios de melhores condições de trabalho para os profissionais, é um desafio, ainda, a ser superado (PIERANTONI et al., 2008).

Esses resultados indicam que a precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde, apesar das ações desenvolvidas pela SGTES para combatê-la, desde os meados dos anos de 2003, por meio do DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006), ainda persiste como um dos importantes problemas a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

Diante dos incentivos do Governo Federal para o crescimento da ESF e do quantitativo expressivo já existente, ressalta-se a necessidade de refletir sobre a inserção destes profissionais e de desenvolver políticas específicas na área do trabalho para mudança do panorama atual. Vínculos empregatícios estáveis favorecem a adesão de profissionais, a formação de vínculos com as comunidades, a consolidação da ESF e do SUS (TAVEIRA; SOUZA; MACHADO, 2012).

Diante dos limites do objeto deste trabalho, a conclusão do mesmo aponta para a necessidade de novos estudos sobre a gestão pública consorciada em Pernambuco, que verifiquem se o mix da gestão do SUS por meio de consórcios e gerencialismo reduziu ou aprofundou as desigualdades sociais em saúde. Bem como, abordagens que analisem a precarização do trabalho nas suas outras dimensões (condições, organização e ambiente de trabalho, representatividade dos trabalhadores, repercussões na saúde do trabalhador etc.), além dos próprios vínculos de trabalho.

6.3.2 Características dos processos formativos nas EqSF

No que se refere aos processos formativos na saúde, busca-se aqui realizar a análise dos dados apresentados pelo PMAQ-AB, reconhecendo que a oferta de educação permanente aos profissionais se constitui em uma ferramenta, não única, mas que contribui para a valorização e satisfação do trabalhador, bem como para maior qualificação do processo de trabalho.

Neste sentido, o Programa inicialmente verificou se a equipe participa das ações de qualificação ofertadas pela gestão municipal, os tipos de ações que a equipe participa e se contemplam às demandas e necessidades das equipes.

A tabela 7 apresenta os resultados relacionados a estas variáveis. Foi elevado o número de entrevistados, 1640 (89,4%), que afirmaram participar das ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Para esta variável pode-se admitir que quanto maior o porte do município maior o percentual de participação dos profissionais, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios ($p=0,000$).

Apenas 62 (3,4%) não sabe ou não respondeu quanto a participação em ações de educação permanente.

Entre os que afirmaram ter participado das ações de educação permanente, os tipos mais frequentes foram as categorias Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão, 1.441 (78,6%), Cursos presenciais, 1.394 (76,0%) e Trocas de experiências, 474 (25,8%), nas categorias Seminários, mostras, oficinas, e Cursos presenciais constatasse que os municípios com porte populacionais de até 20.000 hab. Apresentam as ocorrências mais baixas entre os estratos populacionais e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Mendonça et al. (2010), destacam que além da formação prévia, a oferta de educação permanente para as equipes, se constitui em pontos chaves para a menor rotatividade, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e ampliação do acesso à qualificação para os profissionais da AB.

Contudo, as questões referentes à Educação Permanente evidenciam fragilidades no âmbito das equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Os dados da tabela 7 mostram que só 992 (60,5%) trabalhadores afirmaram que as ações *õcontemplam muitoõ* ou *õcontemplamõ* as demandas e necessidades da equipe, enquanto que 602 (36,7%) responderam que as ações *õcontemplam razoavelmenteõ* ou *õcontemplam poucoõ* e 46 (2,8) indicaram que não contemplam as demandas e necessidades da equipe.

Infere-se ainda dos dados (tabela 7), que a medida que aumenta o porte dos municípios diminui o percentual de afirmações que as ações *õcontemplam muitoõ* ou *õcontemplamõ* as demandas e necessidades da equipe, logo, a menor ocorrência está nos municípios com porte acima de 500.000 hab. O inverso é verdadeiro, ou seja, aumenta a ocorrência de profissionais que responderam que as ações *õcontemplam razoavelmenteõ* ou *õcontemplam poucoõ* a medida que aumenta o porte populacional ($p=0,000$). Isso indica que nos municípios de maior

porte populacional os profissionais referem estar menos contemplados com as ofertas de educação permanente.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir da participação nas ações de educação permanente estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001- 50.000 hab.	50.001- 100.000 hab.	100.001- 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	p- valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Participação em ações de EP organizadas pela gestão municipal							
Sim	288 (82,5)	470 (85,9)	282 (92,8)	342 (95,3)	258 (93,8)	1640 (89,4)	0,000*
Não	39 (11,2)	52 (9,5)	16 (5,3)	14 (3,9)	11 (4,0)	132 (7,2)	0,000*
Não sabe/Não Respondeu	22 (6,3)	25 (4,6)	6 (1,9)	3 (0,8)	6 (2,2)	62 (3,4)	0,000*
Total	349 (100,0)	547 (100,0)	304 (100,0)	359 (100,0)	275 (100,0)	1834 (100,0)	
Ações de EP contemplam as demandas e necessidades da equipe							
Contemplam Muito	53 (18,4)	94 (20,0)	54 (19,1)	72 (21,1)	27 (10,5)	300 (18,3)	0,000*
Contemplam	119 (41,3)	218 (46,4)	139 (49,3)	129 (37,7)	87 (33,7)	692 (42,2)	
Contemplam razoavelmente	83 (28,8)	116 (24,7)	73 (25,9)	107 (31,3)	92 (35,7)	471 (28,7)	
Contemplam pouco	28 (9,7)	31 (6,6)	11 (3,9)	26 (7,6)	35 (13,6)	131 (8,0)	
Não contemplam	5 (1,7)	11 (2,3)	5 (1,8)	8 (2,3)	17 (6,6)	46 (2,8)	
Total	288 (100,0)	470 (100,0)	282 (100,0)	342 (100,0)	258 (100,0)	1640 (100,0)	
Tipos de ações**							
Seminários, mostras, oficinas, grupos de discussão	253 (72,5)	409 (74,8)	259 (85,2)	287 (79,9)	233 (84,7)	1441 (78,6)	0,000
Cursos presenciais	225 (64,5)	403 (73,7)	250 (82,2)	303 (84,4)	213 (77,5)	1394 (76,0)	0,000
Telessaúde	51 (14,6)	76 (13,9)	67 (22,0)	59 (16,4)	21 (7,6)	274 (14,9)	0,000
RUTE	7 (2,0)	21 (3,8)	18 (5,9)	21 (5,8)	12 (4,4)	79 (4,3)	0,051
UNASUS	30 (8,6)	43 (7,9)	30 (9,9)	29 (8,1)	29 (10,5)	161 (8,8)	0,684
Curso de Educação à Distância	43 (12,3)	69 (12,6)	43 (14,1)	75 (20,9)	70 (25,5)	300 (16,4)	0,000*
Troca de experiência	138 (39,5)	237 (43,3)	141 (46,4)	158 (44,0)	136 (49,5)	810 (44,2)	0,140
Tutoria/preceptoria	39 (11,2)	61 (11,2)	64 (21,1)	156 (43,5)	154 (56,0)	474 (25,8)	0,000*
UBS espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros	63 (18,1)	88 (16,1)	92 (30,3)	219 (61,0)	187 (68,0)	649 (35,4)	0,000*
Outro(s)	27 (7,7)	28 (5,1)	21 (6,9)	39 (10,9)	15 (5,5)	130 (7,1)	0,019*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante

** Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

Esses dados são contraditórios com o pressuposto da própria Educação Permanente, que esta deve ser constituída a partir das necessidades dos trabalhadores e, portanto, com a participação dos mesmos. Uma das possíveis explicações é a de que esses profissionais estão participando de capacitações convencionais, definidas centralmente, em que não se sentem protagonistas dos processos e não tem suas realidades problematizadas.

Segundo Pinto et al. (2014), a partir do PMAQ-AB, não há recursos para análise mais aprofundada do papel das equipes na identificação, a partir do cotidiano, da necessidade desses cursos que estão sendo utilizados, mas é razoável supor que, nas equipes onde a troca de experiências, rodas de conversa e outras dinâmicas de mobilização a partir do trabalho estejam em operação, mesmo recursos mais instrumentais façam parte da gestão da aprendizagem operada no coletivo. Estudos em maior profundidade, analisando essas ofertas, poderão esclarecer esses aspectos.

Ao se verificar as questões referentes ao uso das ferramentas educacionais estruturadas e disponibilizadas pelo MS aos profissionais das EqSF, observa-se que é baixa a utilização destas pelos sujeitos entrevistados, sendo indicado que: 274 (14,9%) utilizam programa de telessaúde, 161 (8,8%) realizam os cursos de ensino à distância pela UNA-SUS e apenas 79 (4,3%) referem realizar curso pela Rute.

Quanto ao uso do Telessaúde, ferramenta que o PMAQ-AB destinou um maior detalhamento, entre os profissionais que referem utilizá-la, os objetivos de uso citados foram: a maioria, 209 (76,8%) Tele-educação, 134 (49,3%) teleconsultoria, 111 (40,8%) telediagnóstico e 106 (39%) segunda opinião formativa (tabela 8). Chama a atenção, na análise por porte populacional desta variável, que a menor frequência de uso do Telessaúde está nos municípios acima de 500.000 hab.

Para Pinto et al. (2014), analisando a utilização de Telessaúde pelas EqSF durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB, o apoio ao trabalho das equipes com recursos do Telessaúde permite identificar mais fortemente o matriciamento com o trabalho das mesmas, por meio das funcionalidades mais acessadas, como a segunda opinião, o telediagnóstico e a teleconsultoria. É provável que a ampliação de ofertas, com mais capacidade de diálogo com outros núcleos profissionais das equipes da Atenção Básica, amplie a abrangência e a influência desse recurso no trabalho local.

Reconhece-se aqui, a necessidade de ampliação do debate sobre os processos formativos na saúde e a utilização da modalidade a distância, também denominados de Educação a Distância (EAD), na perspectiva de refletir a relação destes com a EPS.

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do uso de telessaúde estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001-50.000 hab.	50.001-100.000 hab.	100.001-500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	p-valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Uso do Telessaúde	51 (14,6)	76 (13,9)	67 (22,0)	59 (16,4)	21 (7,6)	274 (14,9)	0,000
Objetivo de uso do Telessaúde**							
Segunda opinião formativa	14 (27,5)	32 (42,7)	23 (34,3)	29 (50,0)	8 (38,1)	106 (39,0)	0,140
Telediagnóstico	21 (41,2)	33 (44,0)	28 (41,8)	22 (37,9)	7 (33,3)	111 (40,8)	0,903
Teleconsultoria	24 (47,1)	42 (56,0)	27 (40,3)	33 (56,9)	8 (38,1)	134 (49,3)	0,196
Tele-educação	45 (88,2)	56 (74,7)	48 (71,6)	44 (75,9)	16 (76,2)	209 (76,8)	0,238

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota:1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significante

** Nessa variável admitiram-se múltiplas respostas.

Segundo Cesar, Costa e Magalhães (2017), a EAD é uma importante estratégia de EPS para os profissionais de saúde, pois fornece oportunidades de formação e qualificação, possibilitando um melhor aproveitamento do tempo disponível, onde o profissional tenha melhor controle e gerenciamento do seu processo educativo. Quando pautadas em abordagens pedagógicas que buscam a construção do conhecimento, fazendo uso de recursos educacionais organizados, apresentados em diferentes tecnologias de informação e comunicação, direcionam para uma aprendizagem autônoma e emancipatória. Porém, há o risco de se reproduzir processos educativos com a concepção de transmissão de conteúdos aos alunos que não priorizam a interação e a comunicação entre os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.

Stroschein (2011), em sua revisão sobre a EPS nos serviços de saúde, consegue destacar aspectos importantes que estão presentes no contexto das práticas de educação. Um deles é a aprendizagem significativa, alcançada por meio das trocas de saberes entre os envolvidos, propiciando a abertura para mudanças pessoais e coletivas, juntamente com a integração de aportes teóricos e práticos. O privilégio de uma ação pedagógica pautada no diálogo é de se permitir o educar e o aprender de forma mútua e dialógica, objetivando a emancipação, tanto do educando quanto do educador. Isto torna claro que o educando carrega consigo um conhecimento prévio importante para o processo educativo, e, se essa relação de

troca e compartilhamento se estabelece, cria-se um ambiente propício para uma prática educativa transformadora, levando a uma aprendizagem significativa (FREIRE, 2011).

Além disso, a possibilidade de aprendizagem ao longo da trajetória profissional, tendo como cenário de prática o trabalho, se mostra como importante característica para a construção coletiva de conhecimentos, trocas de experiências e cooperação (VARGAS, 2016).

A EPS possibilita construir um novo modo de educação, idealizado e realizado através do trabalho entre os profissionais da saúde e os educadores. Unir a necessidade do diálogo constante do trabalho coletivo, presente na área da saúde com as ferramentas disponíveis na EAD, pode ser uma forma de atender à necessidade de uma qualificação rica em troca de saberes e experiências (OLIVEIRA, 2007).

O uso de Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) atrativos, ferramentas da Web e mídias sociais virtuais são algumas possibilidades disponíveis (SOUZA; SIMON, 2015) além do uso da virtualização e dos jogos sérios, ferramentas inovadoras para se trabalhar os processos de educação na área da saúde (ZUCATTI, 2016) que possibilitam que o profissional, ao ter acesso a estes recursos, possa organizar melhor seu tempo disponível para o uso destas tecnologias, e na medida do possível as utilizar junto da equipe, construindo conhecimentos e utilizando em processos de EPS, no próprio local de trabalho.

Cabe destaque ao estudo de Mattos (2014) que analisou oferta de curso contexto da UNASUS nas modalidades presencial e a distância, indicando que ambas as modalidades do curso provocaram reflexões entre os participantes e alterações no cotidiano de prática dos trabalhadores/alunos, auxiliando na reorganização do processo de trabalho de equipe e na implementação de atividades coletivas, de acolhimento à demanda espontânea e maior compreensão do processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família. Os participantes deste estudo ainda demonstraram ampliação dos conhecimentos referentes ao SUS.

Segundo Moore e Kearsley (2007 apud MARTINS; LEITÃO; SILVA, 2016), a vasta quantidade de estudos que tem como objetivo a comparação da aprendizagem nas diferentes modalidades de ensino indicam que não há diferenças significativas nos resultados atingidos, o que mostra que não há razões para pensar que a EAD não possa ser uma modalidade de ensino a ser empregada nos processos de EPS e de formação dos profissionais da saúde.

O estudo de Mattos (2014) ainda sugere que, diferente dos questionamentos e dúvidas relacionados a cursos na modalidade a distância, a percepção dos trabalhadores/alunos foi muito positiva, principalmente no que se refere ao conteúdo apresentado e sua aplicabilidade na prática profissional, destacando a ampliação de oportunidade de aperfeiçoamento a profissionais que se encontravam distantes dos grandes centros urbanos. Outro aspecto

destacado pelos participantes do estudo foi a possibilidade dos aprendizados e reflexões no curso se constituírem como potência de mudança de prática nos processos de EPS, embora haja a necessidade de reconhecimento, valorização e espaço garantido nos serviços de saúde para que estes saberes e reflexões se reverberem.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais entrevistados a partir do subdimensões relacionadas a integração ensino-serviço estratificados por porte populacional, Pernambuco, 2014.

Variável	Até 20.000 hab.	20.001-50.000 hab.	50.001-100.000 hab.	100.001-500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Total	p-valor ¹
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
UBS recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão							
Recebe	93 (26,6)	156 (28,5)	153 (50,3)	261 (75,7)	229 (83,3)	892 (48,6)	0,000*
Não recebe	256 (73,4)	391 (71,5)	151 (49,7)	98 (27,3)	46 (16,7)	942 (51,4)	
Total	349 (100,0)	547 (100,0)	304 (100,0)	359 (100,0)	275 (100,0)	1834 (100,0)	
<i>Frequência semanal</i>							
1 vez/semana	12 (3,4)	24 (4,4)	22 (7,2)	37 (10,3)	11 (4,0)	106 (5,8)	0,000*
2 vez/semana	13 (3,7)	16 (2,9)	15 (4,9)	14 (3,9)	17 (6,2)	75 (4,1)	
3 vez/semana	16 (4,6)	11 (2,0)	14 (4,6)	21 (5,8)	26 (9,5)	88 (4,8)	
4 vez/semana	3 (0,9)	17 (3,1)	18 (5,9)	29 (8,1)	7 (2,5)	74 (4,0)	
5 vez/semana	49 (14,0)	88 (16,1)	84 (27,6)	160 (44,6)	168 (61,1)	549 (29,9)	
Total	93 (100,0)	156 (100,0)	153 (100,0)	261 (100,0)	229 (100,0)	892 (100,0)	
Articulação entre as atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade							
Muito articuladas	71 (76,3)	109 (69,9)	112 (73,2)	202 (77,4)	173 (75,5)	667 (74,8)	0,683
Razoavelmente articuladas	18 (19,4)	44 (28,2)	37 (24,2)	52 (19,9)	51 (22,3)	202 (22,6)	
Pouco articuladas	4 (4,3)	3 (1,9)	4 (2,6)	7 (2,7)	5 (2,2)	23 (2,6)	
Total	93 (100,0)	156 (100,0)	153 (100,0)	261 (100,0)	229 (100,0)	892 (100,0)	

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: 1-Teste da razão de Verossimilhança; * Estatisticamente significativa.

A tabela 9 demonstra que 942 (51,4%) das equipes não recebem estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão. Apesar disso, 892 (48,6%) relatam receber e destes a maioria, 549 (29,9%), a frequência é 5 vezes por semana, e em 667 (74,8%) as atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão muito articuladas com o processo de trabalho das equipes da unidade.

No que diz respeito ao porte dos municípios, pode-se afirmar que existe uma relação entre o maior porte do município e a UBS receber estudantes/professores/pesquisadores,

sendo que nos municípios acima de 500.000 hab., 229 (83,3%) das equipes responderam positivamente esta variável. Neste porte também se encontram as maiores frequências semanais que as unidades recebem os estudantes/professores/pesquisadores, estas diferem com significância estatística ($p=0,000$).

De modo geral, em todos os municípios as atividades desenvolvidas são consideradas muito articuladas com o processo de trabalho da equipe, para esta variável não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,683$).

Por fim, em que pese Pernambuco ter uma condição interessante e favorável de integração ensino-serviços expressa pela rede de instituições de ensino públicas, esta é, sem dúvida, uma grande fragilidade a ser vencida. A maioria dos entrevistados afirmou a baixa resolutividade das ações de capacitação e educação permanente com pouco retorno à melhoria das suas necessidades de trabalho, assim como a quase total ausência de acesso às novas ferramentas educacionais para a atualização, como o telessaúde, ensino a distância, entre outras.

Apresentadas, no marco teórico deste estudo, diversas estratégias de indução e mobilização a integração ensino-serviço, estruturadas pelo DEGES/SGTES, aponta-se, portanto, para importância e necessidade das estruturas de gestão do trabalho e da educação na saúde dos municípios incorporarem as estratégias nacionais, bem como atuarem no sentido de desenvolver e fortalecer parcerias com as instituições formadoras através de uma política de estágio que permita uma boa integração ensino-serviço e um projeto próprio de educação permanente.

7 PLANO DE INTERVENÇÃO

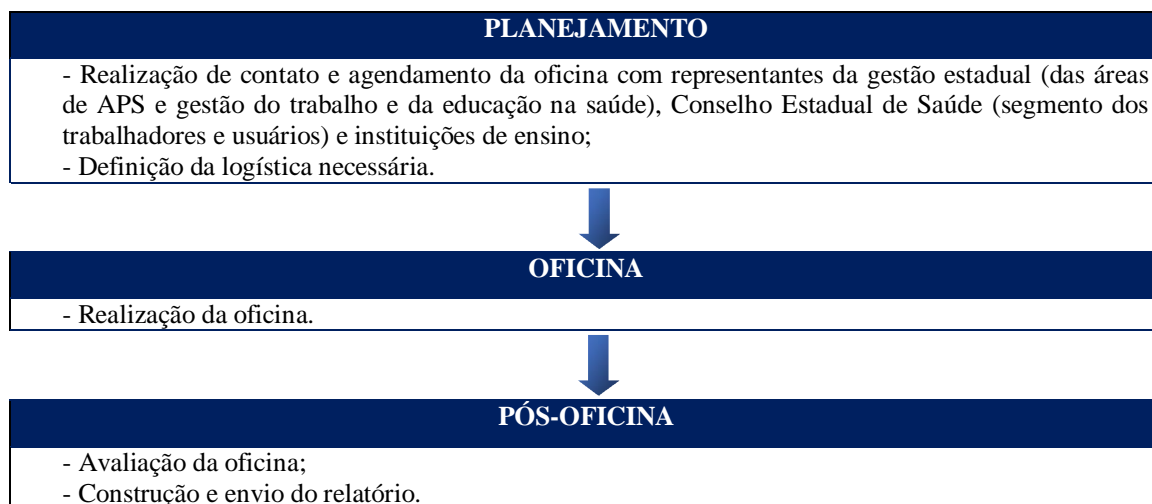
Já apontada a relevância das questões do trabalho e da educação para a AB, emerge a necessidade de buscar a superação das dificuldades e fragilidades apontadas neste e em outros estudos.

Para tanto, como plano de intervenção propõe-se desenvolver uma oficina estadual com vistas a análise do resultados deste estudo e construção de estratégias para implementação de ações com base nas necessidades e fragilidades identificadas.

Frente a esta proposição, um primeiro reconhecimento prioritário é da importância de investir em ações que possam favorecer o diálogo entre os atores que tem a potencialidade de mobilizar ações e práticas e tornar a gestão cotidiana do trabalho e da educação na saúde mais integradora. Logo, esta oficina terá como público-alvo representantes da gestão estadual da SES (das área de APS e gestão do trabalho e da educação na saúde), Conselho Estadual de Saúde (segmento dos trabalhadores e usuários), Ministério Público e instituições de ensino do estado de Pernambuco.

A figura 2 apresenta os passos para organização da oficina.

Figura 2 6 Passos para organização da oficina.



Fonte: Elaborado pela autora.

A oficina será realizada em 3 etapas de trabalho, conforme descrito a seguir:

- 1) **Etapa 1:** Apresentação, seguida de discussão, dos resultados da pesquisa e de uma abordagem ao tema no contexto histórico e atual.
- 2) **Etapa 2:** Trabalhos de grupo:

- a) Os participantes serão divididos em dois grupos temáticos ó trabalho e educação na saúde para analisar e discutir os resultados da pesquisa;
- b) A equipe de organização da oficina deverá facilitar o debate a partir das categorias que serão objeto de discussão e proposição dos grupos;
- c) Com base nos debates e resultados os grupos devem elencar prioridades e sugerir propostas para as dificuldades e fragilidades encontradas;
- d) Cada grupo fará uma sistematização de sua discussão e ao final a apresentará na plenária.

3) **Etapa 3:** Plenária

- a) Apresentação dos relatórios dos grupos
- b) Síntese do debate e proposições de encaminhamentos

As atividades serão desenvolvidas conforme apresentado no quadro 6.

Quadro 6 ó Programação de atividades da oficina

8:30h	Acolhimento aos participantes Abertura da Oficina
9:00 - 10:00h	Exposição dialogada: apresentação da pesquisa
10:15 - 11:30h	Trabalho de grupo
11:30 - 12:30h	Apresentação dos relatórios dos grupos Síntese do debate e proposições de encaminhamentos

Fonte: Elaborado pela autora.

8 CONCLUSÕES

Este estudo foi capaz de alcançar seus objetivos. Com isso, foram identificados elementos que podem orientar a resposta para a pergunta condutora desta dissertação: Quais as características do trabalho e da educação na saúde que vêm sendo desenvolvidas na ESF de Pernambuco a partir das subdimensões propostas para avaliação externa do PMAQ-AB?. Foram analisados e verificados diversos fatores e aspectos que sinalizam o potencial cenário de do trabalho, com indicativos da precarização do trabalho neste nível de atenção à saúde, bem como algumas fragilidades nas concepções de EPS a partir do Programa.

Os resultados construídos a partir da abordagem quantitativa, análise documental e pesquisa bibliográfica evidenciaram que, no âmbito do trabalho e da educação na saúde para a realidade das EqSF de Pernambuco:

- a) Na perspectiva do PMAQ-AB foram encontradas aproximações, concepções estreitas e vazios em relação aos princípios, diretrizes e possíveis ações de implementação das políticas do trabalho e da educação na saúde. O Programa apresenta aproximação e coerência com aspectos de análise sobre a precarização do trabalho e valorização do trabalhador, no que diz respeito ao PCCS e a formas de remuneração variável;
- b) Existe, nas subdimensões do PMAQ-AB, uma concepção estreita de EPS, no que diz respeito a incorporação do conceito de EPS pelo trabalhador e no escopo dos aspectos metodológicos dos tipos de ações, descritas pelo instrumento, relacionadas à EPS. Apesar das necessárias críticas, identifica-se um potencial de análise do instrumento quando busca dimensionar se as, ditas, ações de EPS contemplam as demandas e necessidades das equipes; bem como, quando o instrumento apresenta a integração ensino-serviço como um padrão de qualidade para AB e questiona se nas unidades que recebem estudantes/professores/pesquisadores as ações desenvolvidas estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s);
- c) É evidente o vazio total de questionamentos do Programa sobre as questões relacionadas a Negociação do trabalho, Saúde do Trabalhador e Controle Social.

Esta ausência, traz interrogações sobre o tratamento da AB, aqui representada pelo PMAQ-AB, sobre as proposições de inovações conceituais e participação do Controle Social propostas pela SGTES. No que pese o repasse de recursos financeiros, compreende-se que estes aspectos representam divergências na concepção do programa, que poderiam não a penalização a EqSF, mas agregar valor, a partir de uma abordagem que valorizasse formas de organização destas ações que sugerissem valorização do trabalhador, como ator social e da política de saúde;

- d) Existem elementos do PMAQ-AB que permitem uma caracterização dos trabalhadores de nível superior da ESF em Pernambuco que são comuns aos de outros municípios brasileiros, porém com particularidades em relação aos estratos populacionais e categorias profissionais componentes deste estudo. Entre estes, pode-se destacar: a predominância de enfermeiros como respondentes; os médicos declararam maior tempo de atuação na EqSF atual, de seis a mais anos, quando comparados aos enfermeiros, porém todos os médicos que possuem este tempo de atuação estão concentrados nos municípios de maior porte, sugerindo problemas de fixação e rotatividade de profissionais nos demais estratos populacionais; elevado investimento em capacitação após a conclusão da graduação por meio de cursos de especialização *lato sensu*, comum a ambas categorias profissionais, com maior frequência entre os profissionais que atuam em municípios com porte populacional até 50.000 hab; a concepção clínica ainda predomina na formação médica, entre estes é maior o número de profissionais que realizaram *Outra Residência* que aqueles que possuem *Residências em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade e de Residências em Saúde Pública/Saúde Coletiva*;
- e) Os vínculos trabalhistas por meio de contratos temporários de trabalho e a inserção através de indicação, para a atuação na ESF, são predominantes; os Consórcios Intermunicipais de Direito Público são o segundo agente de contratação mais frequente no Estado, com maior frequência nos municípios de porte populacional entre 20.000 a 50.000 hab.; os municípios de porte populacional acima de 500.000 hab. e a categoria médica, todos concentrados no porte referido, apresentam a maior representação de servidores estatutários;

- f) A maioria dos profissionais de Pernambuco não possuem PCCS e poucos possuem acesso a incentivo/gratificação/prêmio financeiro por desempenho; os profissionais atuantes nos municípios de porte populacional até 20.000 hab., apresentam a menor frequência destes entre todos os estratos populacionais e os médicos melhores resultados entre as categorias profissionais, para estas variáveis;
- g) Apesar de ser elevada a referência de participação das EqSF em ações de EP ofertadas pela gestão municipal é considerável o quantitativo de referências sobre estas não contemplarem ou contemplarem pouco as demandas e necessidades das equipes, principalmente para os profissionais nos municípios de maior porte populacional;
- h) Verifica-se que é baixa a utilização das ferramentas educacionais ofertadas pelo MS: Rute, UNA-SUS e Telessáude; em relação a este último entre os seus objetivos de uso a Tele-educação apresenta-se como principal, entre os entrevistados;
- i) Mais da metade das unidades de Saúde da Família pernambucanas, as EqSF, declararam não receber estudantes/professores/pesquisadores em atividades afins; contudo, nas que responderam positivamente para esta variável, a maioria refere que as atividades desenvolvidas, pelos atores citados, estão muito articuladas com o processo de trabalho da equipe, reforçando a importância da integração ensino-serviço; os municípios de porte acima de 500.000 hab. apresentam maior indicação de receber estudantes/professores/pesquisadores.

A partir destas evidências, é possível que sejam propostos alguns encaminhamentos. A partir da compreensão de que as mudanças no modelo assistencial e na organização dos serviços de saúde, requerem a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde; bem como considerando que as ações relacionadas ao trabalho e a educação na saúde necessitam da articulação entre gestores, trabalhadores, instituições formadoras e controle social, torna-se fundamental investir em estratégias que busquem a melhoria, mas também que possibilitem o monitoramento e avaliação desta área, como o PMAQ-AB.

Para tanto, o PMAQ-AB deve aproximar-se, ainda mais, das diretrizes, princípios e ações de implementação propostas pelas políticas do trabalho e da educação na saúde, buscando

remodelar suas dimensões, com acréscimos que possibilitem superar os vazios indicados neste estudo.

Quanto ao cenário de precarização encontrado, merece destaque a necessidade de estabelecimento de carreira para a ESF por meio de concursos públicos, baseados em critérios que contemplem toda a complexidade do perfil para o trabalho neste nível de atenção, acompanhados de um Plano de Cargos e Salários. Além disso, torna-se evidente a importância da implantação/implementação de políticas de valorização dos trabalhadores das EqSF, incluindo adequações que visem reduzir as discrepâncias entre as categorias profissionais envolvidas e minimizar a rotatividade profissional na ESF.

No que tange a educação para área de saúde, cabe reforçar a necessidade de que os cursos de graduação, bem como outros processos de educação na saúde, invistam na educação contextualizada à realidade da saúde pública, em particular aqui à ESF. Neste sentido, a integração ensino serviço deve ser indicada como potente ferramenta de interlocução e fortalecimento da qualificação dos envolvidos.

Além disso, sugere-se o investimento não apenas no aumento do número de vagas de programas de residência em saúde da família, como também a formulação de propostas que garantam a inserção e vinculação do profissional com formação específica para atuar na saúde da família. Soma-se ainda, a necessidade de repensar as estratégias e ações de educação na saúde que possibilitem acesso e reflexão real das práticas, através da EPS.

A complexidade das relações do trabalho e da educação na saúde, bem como da proposição de políticas públicas para área, em Pernambuco precisam ser consideradas a partir das situações comuns apresentadas nos municípios de menor porte populacional, maior parte dos municípios do Estado. Logo, cabe ainda destacar a necessidade da realização de novos estudos que contemplem os trabalhadores não incluídos nesta dissertação e quem agreguem outras variáveis não contempladas no objeto deste estudo.

A ESF se insere em contexto diverso e dinâmico, marcado por características objetivas e subjetivas. Ampliar o entendimento as questões relacionadas ao trabalho e a educação na saúde, que retratem os trabalhadores de saúde, atores chave neste nível de atenção, em muito pode com o fortalecimento desta estratégia.

Em síntese, os resultados apresentados apontam para um cenário de desafios presentes no contexto do trabalho e da educação para as EqSF, a partir das realidades dos municípios estratificados por porte populacional, contribuindo assim, na construção de elementos que possibilitam e potencializam o planejamento, organização e execução de ações para enfrentamento destes, e conseqüente fortalecimento da ESF.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. **Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios: Projeto de pesquisa.** Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Reflexões sobre o processo de realização do PMAQ no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. S. (Org.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB.** Rio de Janeiro: Saberes, 2013. Cap. 3, p.289-309.
- ALBUQUERQUE, V.S et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008 .
- ASSOCIAÇÃO MUNICIPALISTA DE PERNAMBUCO. **Municípios: Consórcios.** Recife, 2017. Disponível em: <<http://www.amupe.org/institucional/consorcios/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ANDRADE, L. O. M. BARRETO, I. C. H. C. BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS et al, **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo. Hiucitec, 2006. p. 783-836.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, 2004.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.
- ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho do SUS. **Caderno de RH Saúde**, Brasília, v. 3, p. 163-173, 2006.
- BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. et al. Sobre o Trabalho, o Trabalhador e a Teoria das Organizações: Uma Leitura Crítica. **Qualit@s Revista Eletrônica** [online], Campina Grande, v.9, n.3. 2009. Disponível em:<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/971/505>>. Acesso em: 15 set. 2016.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia Serviços Saúde**, Brasília, v.13, n.1, p.15-24, 2004.
- BEZERRA, P. A. **Atuação dos Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades.** 2013. Dissertação (mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, DF, 2006a.

_____. **Histórico de Cobertura SF**: Pernambuco, competência de janeiro de 2001 a dezembro de 2014. Brasília, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 25 out. 2017.

_____. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. Brasília, 2013.

_____. **Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica**. Brasília, 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS ó ProgeSUS**. Brasília, 2006b.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília, 2012a. 62p.

_____. Portaria GM/ MS nº 198, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, fev. 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.htm>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 5 nov. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 5 nov. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ago. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em 5 nov. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/>

img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em 5 nov. 2017.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 12 dez. 2012b. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRITO, G. E. G. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**: um estudo de caso. 2016. Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, jul./set. 2006

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos no Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CAMPOS, E. C.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio, 2009.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 86-101, 2012.

CAVALCANTI, K. S. et al. Variação dos salários de médicos do Programa de Saúde da Família em Municípios de Pernambuco e possíveis determinantes. 2010. In: JORNADA NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5., 2010, Recife. **Resumos**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2010. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/variacao_dos_salarios_de_medicos_do_programa_de_saude_da_familia_em_municipios_de_pernambuco_e_possiveis_determinantes.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul/set. 2006.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público no Brasil: balanço e perspectiva. In NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001, p. 307-321.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

DOMINGOS, C. M. et al. Distribuição do Profissional Médico na Macrorregião Norte do Paraná: Inequidade entre os Municípios de Diferentes Portes Populacionais. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100117>. Acesso em: 16 out. de 2017.

EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, 2015 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

FAUSTO, M. C. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. S. (Org.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, Saberes, 2013. cap. 3, p.289-309.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. V. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

FRANÇA, T. et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.

GALINDO, J. M. et al. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1545-1566. 2014

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da estratégia saúde da família**. 2012. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2016.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **O Processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luís: Ed. UFMA, 2016.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GUERRA, D. M. **Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo**: Uma Análise do Índice de Dependência. 2015. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

IBGE. **Nota técnica**: Estimativas da população dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro, 2014.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

KOSTER, I.; MACHADO, M. H. A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 33-44, 2012.

KUMAR, R. et al. Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. **Hum Resour Health**, Paquistão, v. 11, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/11/1/2>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

LAVRAS, C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, N. et al. (Org.). **Política e gestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MACÊDO, N. B. **Política de Gestão da Educação na Saúde**: uma análise da implementação no município do Recife-PE. 2012. Dissertação (mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MACÊDO, N. B. **Mudanças conceituais na gestão da educação na saúde**: o desafio da implementação da educação permanente na prática. 2010. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379 - 400, 2014.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C., SUÁREZ, J. M. (Orgs.) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 257- 280.

MACHADO, M. H. Gestão do Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N.; LEMOS, W. ProgeSUS - uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho. **Divulgação Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 57, p. 563-571, maio, 2012.

MAGNAGO, C. et al. Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 336-347, 2017.

MALTA, D. C. et al. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas ótimas formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, 2013.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2013. Disponível em:
< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600018>.
Acesso em: 10 out. 2017.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MEDEIROS, K. R.; ALBUQUERQUE, P. C. A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012. In: MARTINS, M. I. C. et al. (Org.) **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014, p. 65-75.

MEDEIROS, K. R.; TAVARES, R. A. W. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco a Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista Divulgação Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 57, p. 563-571, maio, 2012.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, J. M. R.; WUNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, 2011.

MENDES, J. M. R.; WUNSCH, D. S.; MACHADO, F. K. S.; MARTINS, J.; GIONGO, C. R. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 2, p. 194-207, 2015

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005>. Acesso em: 8 nov. 2017.

MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **ABCS Health Science**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/806/701>>. Acesso em: 11 set. 2017.

NASCIMENTO, C. M. B. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana do Recife. 2014. Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217. 2006. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000027&lang=pt&lng=>>. Acesso em: 31 out. 2017.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.756-770. 2014.

OLIVEIRA, R. S.; MORAIS, H. M. M.; GOES, P. S. A.; BOTAZZO, C. MAGALHÃES, B.G. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 792-802, 2015.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Pan-Americana de Salud Pública**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor da Regionalização**. Recife, 2011. Disponível em: <www.portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011>. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. **Todos por Pernambuco** ô gestão democrática e regionalizada com foco em resultados. Recife, 2009. Disponível em: <www.pe.gov.br/programas/todos-por-pernambuco/>. Acesso em: 15 out. 2017.

PIERANTONI, C. R. et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. 2001, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2017.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, 2014.

PINTO, H. A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulgação saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 145-160, 2014.

PINTO, I. C. M.; TEXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, 2011.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

PROTÁSIO, A. P. L. **Fatores associados à satisfação dos usuários quanto aos cuidados ofertados na Atenção Básica em Saúde: análise a partir da avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ - AB**. João Pessoa. 2014. Dissertação (mestrado) ó Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 237-251, 2014.

SA, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2345-2354, 2010.

SANTOS, E. C.; SODRÉ, F.; BORGES, L. H. Mesa Nacional de Negociação Permanente: transformando o trabalho na Saúde Pública. **Revista Brasileira de Pesquisa Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 45-53, 2016. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15133/10714>>. Acesso em: 23 set. 2017.

SEIDL, M. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, 2014.

SILVA, M. J. V. **Regionalização da Saúde no Oeste de Mato Grosso: um estudo de caso do Colegiado de Gestão Regional**. 2014. Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, 2014.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/05.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAVEIRA, Z. Z. **A precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão de literatura**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de Trabalho: Revendo Conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521 - 544, 2008

VIANA, A. L. D; LIMA, L. D; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317 - 2326, 2010.

VIANA, A. L. D'Á. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413 - 422, 2015.

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. **Caros Amigos**, São Paulo, v. 187, p. 16-19, 2012.

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser o enfermeiro, o médico ou um profissional de nível superior que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

II.1 - Identificação Geral			
I.1.3	Número do supervisor:		Número
I.1.4	Número do entrevistador:		Número
II.2 - Identificação da Unidade de Saúde			
II.2.1	Coordenadas GPS:		Latitude
			Longitude
			Não foi possível obter as coordenadas
II.2.2	Endereço:		
II.2.3	Telefone(DDD)+8 dígitos		(_) _ _ - _ _
			Não existe telefone
II.3 Informações sobre o Entrevistado			
II.3.1	CPF do Entrevistado		
II.3.2	Profissão: <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Médico(a)
			Enfermeiro(a)
			Outro profissional (nível superior)
II.3.3	A equipe possui o termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe?		Sim
			Não
II.3.3/1	Documento que comprove?		Sim
			Não
II.3.4	A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe?		Sim
			Não

II.3.4/1	Documento que comprove?	Sim
		Não
II.3.5	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	0 ano
		1 ano
		2 anos
		3 anos
		4 anos
		5 anos
		6 anos
		7 anos
		8 anos
		9 anos
		10 anos
	11 ou mais	
II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica		
II.4.1	O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar? Se NÃO, passar para o bloco I.5.	Sim
		Não
II.4.2	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional médico) <i>Poderá escolher mais de uma opção de resposta.</i>	
ET - II.4.2/1	Especialização em Medicina de Família e Comunidade <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/2	Especialização em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/3	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/4	Possui outra especialização? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/5	Residência em Medicina de Família e Comunidade <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/6	Residência em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/7	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/8	Possui outra residência?	Sim
		Não

ET - II.4.2/9	Mestrado em Medicina de Família e Comunidade <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/10	Mestrado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/11	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/12	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
ET - II.4.2/13	Doutorado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/14	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/15	Possui outro doutorado?	Sim
		Não
II.4.1	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro) <i>Poderá escolher mais de uma opção de resposta.</i>	
ET - II.4.3/1	Especialização em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/3	Possui outra especialização? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/4	Residência em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/5	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/6	Possui outra residência?	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/7	Mestrado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso

ET - II.4.3/8	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/9	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
ET - II.4.3/10	Doutorado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/11	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/12	Possui outro doutorado?	Sim
		Não
II.4.1	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for outro profissional - nível superior) <i>Poderá escolher mais de uma opção de resposta.</i>	
II.4.4/1	Especialização em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/3	Possui outra especialização? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/4	Residência em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/5	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/6	Possui outra residência?	Sim
		Não
II.4.4/7	Mestrado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/8	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.4/9	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
II.4.4/10	Doutorado em Saúde da Família <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Não possui
		Concluído

			Em curso
II.4.4/11	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.4.4/12	Possui outro doutorado?		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5 Vínculo			
II.5.1	Qual é seu agente contratante? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Administração direta
			Consórcio intermunicipal de direito público
			Consórcio intermunicipal de direito privado
			Fundação pública de direito público
			Fundação pública de direito privado
			Organização social (OS)
			<u>Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)</u>
			Entidade filantrópica
			Organização não governamental (ONG)
			Empresa
			Cooperativa
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
ET - II.5.2	Qual é seu tipo de vínculo? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Servidor público estatutário
			Cargo comissionado
			Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
			Contrato temporário por prestação de serviço
			Empregado público CLT

		Contrato CLT
		Autônomo
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.5.3	Qual a forma de ingresso? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Concurso público
		Seleção pública
		Indicação
		Outra forma
II.6 Plano de Carreira		
ES - II.6.1	O(a) senhor(a) tem plano de carreira? Se NÃO, passar para a questão II.6.5.	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.6.2	No plano, tem progressão por antiguidade?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
ET - II.6.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.6.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.6.5	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas		
ES - II.7.1	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.7.2	Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> <i>Se marcar Telessaúde, abre a questão II.7.3, II.7.5, II.7.6.</i> <i>Se NÃO marcar Telessaúde, passar para questão II.7.9.</i>	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
		Cursos presenciais
		Telessaúde
		RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		UNASUS
		Curso de Educação à Distância

		Troca de experiência
		Tutoria/preceptorial
		A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros
		Outro(s)
		Não participa de nenhuma ação de educação permanente
ET - II.7.3	A equipe utiliza o Telessaúde para: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i> <i>Se marcar Teleconsultoria, abre a questão II.7.4.</i>	Segunda opinião formativa
		Telediagnóstico
		Teleconsultoria
		Tele-educação
II. 7.4	De que forma é realizada a teleconsultoria? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Assíncrona (via plataforma com retorno em 72h)
		Síncrona (skype em tempo real)
II. 7.5	A equipe utiliza qual plataforma para o Telessaúde: <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Do Ministério da Saúde
		Outra plataforma
II. 7.6	A equipe utiliza o 0800 do Telessaúde? Se Não, passar para questão II.7.9.	Sim
		Não
II. 7.7	A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?	vez(es) por mês
II. 7.8	Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Muito Bom
		Bom
		Razoavelmente bom
		Ruim
		Muito Ruim
II.7.9	Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Dificuldade de acesso/conectividade
		Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho
		Ninguém atende quando tento telefonar
		Não obteve retorno
		A equipe não tem necessidade de

			acessar
			Não existe no município o programa
G - II. 7.10	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Contempla muito
			Contempla
			Contempla razoavelmente
			Contempla pouco
			Não contempla
ET - II. 7.11	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		1 vez/semana
			2 vezes/semana
			3 vezes/semana
			4 vezes/semana
			5 vezes/semana
			Não recebe
II. 7.12	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Muito articuladas
			Razoavelmente articuladas
			Pouco articuladas
II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe			
ET - II.8.1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? Se NÃO, abre a II.8.1.2		Sim
			Não
ET - II.8.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.8.1.2	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? <i>Poderá escolher somente uma opção</i> Se A EQUIPE NÃO REALIZA PLANEJAMENTO, passar para a questão II.8.2		Semanal
			Bimestral
			Trimestral
			Semestral
			Anual
			A equipe não realiza planejamento
ET - II.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?		Sim
			Não
G - II.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?		Sim
			Não
G - II.8.3/1	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Painel informativo
			Informativos epidemiológicos
			Informativos da

ANEXO B - APROVAÇÃO PELO CEP DA PESQUISA



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA PERSPECTIVA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO

Pesquisador responsável: Merielly Mariano Bezerra

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 05-06-2017

Registro no CAAE: 70465917.2.0000.5190

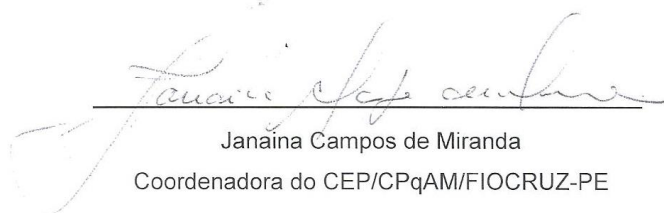
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 09 de novembro de 2017.


Janaina Campos de Miranda
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministerio da Saúde