



CONFRONTANDO AS NOVAS REQUISIÇÕES IMPOSTAS AOS PROFISSIONAIS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS AÇÕES OFERECIDAS PELA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB.

Ana Paula Rocha Miranda¹

RESUMO

A reorganização dos serviços de saúde em João Pessoa – Paraíba através do Programa Saúde da Família – PSF trouxe novas requisições aos perfis profissionais, exigindo ruptura com padrões tradicionalistas de gestão historicamente difundidos, de modo a alavancar seu comprometimento. Assim, mediante aplicação de questionários entre fevereiro e março de 2006 junto aos profissionais de nível superior do PSF, analisou-se as percepções que esses profissionais têm acerca da Política de Recursos Humanos local, detectando-se a incompatibilidade entre as ações desenvolvidas e as necessidades desses profissionais, confluindo para uma tênue pactuação com o Sistema Único de Saúde e exigindo intervenções menos pontuais.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família; Política de Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The reorganization of health services in João Pessoa – Paraíba through the Family Health Program (FHP) brought new requirements to the professional profiles, demanding a break with traditional standards of management historically spread out, in a way to strengthen its commitment. Thus, with the application of questionnaires between the months of March and April of 2006 to the graduated professional of FHP, the perceptions that those professional have in relation to the local Human Resources Policy were analyzed, detecting the discrepancies between the actions developed and the necessity of these professionals, leading to a pact with the Federal Health System and demanding less strict interventions.

Key-words: Family Health Program; Human Resources Policy; Health System

1 INTRODUÇÃO

No setor de saúde brasileiro, as discussões em torno dos recursos humanos evidenciam a importância de se investir em mudanças que favoreçam seu desempenho profissional e possibilitem sua adequada preparação para o trabalho sob o enfoque das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a fortalecer a oferta dos serviços de saúde dentro do padrão ampliado de direito do cidadão, conquistado após a Constituição Federal de 1988.

¹ Mestre em Serviço Social .Assistente Social do Hospital Universitário Lauro Wanderley - Universidade Federal da Paraíba

O estudo aqui retratado consiste em um estreitamento com a problemática dos recursos humanos na saúde, mediante o estabelecimento de processo investigativo que, estando focado nestes profissionais, buscou analisar as percepções que os mesmos possuem com relação à Política de Recursos Humanos desenvolvida no município de João Pessoa – Paraíba, diante dos reflexos trazidos pela reorganização dos serviços de saúde através do Programa Saúde da Família – PSF.

Para os propósitos deste estudo, crê-se que o estabelecimento de uma Política de Recursos Humanos comprometida com o desenvolvimento dos profissionais de saúde, de relações multiprofissionais, de processos avaliativos coerentes e de melhoria da qualidade de vida no trabalho, é condição indispensável para a construção da identidade desses profissionais com as prerrogativas do SUS em detrimento do Projeto de Saúde Privatista, reforçado pelo ideário neoliberal no país.

2 DESENVOLVIMENTO

Consonante ao histórico perfil conservador das relações de trabalho no Brasil, originalmente a administração de recursos humanos do setor de saúde foi enquadrada em um modelo tipicamente centralizador que se estabeleceu sob a égide da administração pública, e tanto neste momento, quanto nos posteriores, as Conferências Nacionais de Saúde foram fundamentais para a discussão e formação de uma Política de Recursos Humanos em âmbito nacional, pois subsidiaram o debate em torno dos profissionais de saúde e seu papel no setor. (CAVALCANTI, 2001)

Nos anos 1970 e 1980, o processo pela Reforma Sanitária também enfatizou a questão dos recursos humanos na saúde, focando-se na valorização e na fixação dos profissionais do setor, e no desenvolvimento de programas de educação e formação para sua capacitação.

Com a Constituição Federal de 1988, a concepção de saúde foi formalmente ampliada e estabeleceu, entre outras proposições, a defesa do incremento da qualidade de vida dos sujeitos, inclusive na órbita do trabalho. Para validação dessa concepção, ao processo de reforma setorial implantado na saúde fazia-se necessário o acompanhamento por financiamento adequado, aprofundamento do controle social e estabelecimento de uma Política de Recursos Humanos que estivesse calcada por um processo de mudanças equivalente no setor de educação. Todavia, constata-se que a má distribuição dos recursos financeiros e a ausência de uma Política de Recursos Humanos responderiam pelos dois maiores obstáculos para o desenvolvimento do SUS. (BRASIL, 2003)

Assim, a despeito da conquista do SUS no plano jurídico, segundo Pierantoni (2001), os recursos humanos não foram alcançados em mesmo grau por essas mudanças legais e práticas, já que a sanção do SUS foi insuficiente para modificar adequadamente o ordenamento, a formação, a contratação e a avaliação desses profissionais.

No mesmo sentido, foram díspares as modificações ocorridas na gestão e na formação/preparação dos recursos humanos, as quais compreendem os dois componentes básicos para a criação de uma Política de Recursos Humanos. Isto se explica pelo fato de a gestão ter sofrido mudanças legais significativas durante a reforma administrativa intensificada na administração de Fernando Henrique Cardoso, como o caso da Lei Nº. 9.962/2000 que criou o chamado emprego público e da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar Nº. 101 de 04 de maio de 2000). Enquanto que a maioria das agências formadoras permaneceu inerte, em decorrência de sua desarticulação com as condições de trabalho, com a comunidade e com as requisições do novo mundo do trabalho, confluindo para uma baixa adesão dos profissionais de saúde ao processo de consolidação do SUS.

De acordo com Cordeiro (2001), as reformas do Estado centradas nas políticas de ajuste, acentuadas na década de 1990 pelo fortalecimento do ideário neoliberal, vêm produzindo inflexões à seguridade social brasileira e, no caso específico dos recursos humanos do serviço público, têm se fixado em medidas redutoras do quadro de pessoal, com fins de promover maior racionalidade, eficiência e flexibilização das relações de trabalho e são credenciadas, em parte, pela difusão perante a opinião pública da imagem de ineficiência do serviço público.

Concomitantemente a esse processo de flexibilização do trabalho, entre as reformas direcionadas à saúde e introduzidas pelo Estado nos anos 1990, destaca-se, o Programa Saúde da Família – PSF que vem circundado por contradições que, de um lado, o colocam como responsável pela viabilização/ampliação do acesso da população mais vulnerável e, de outro, como produto da introdução de reformas nos serviços de saúde de cunho restritivo e economicista, com vistas à racionalização dos gastos via simplificação do sistema de saúde.

O PSF se apresenta, em termos de discurso, como instituição de uma rede hierarquizada e integrada de serviços de saúde prestados por uma equipe multiprofissional. Nesse programa, a participação da comunidade torna-se central e sua relação com os profissionais mais estreitada, em decorrência da territorialização e adscrição da clientela, possibilitaria maior vigilância sanitária, promoção do auto-cuidado e sua interligação ao meio. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001)

Todavia, a atuação do PSF deixa margens às críticas por: estar sujeito a um alto grau de normatividade imposto centralmente pelo Ministério da Saúde; separar a saúde coletiva da saúde individual prestada nos serviços secundários e terciários; supervalorizar a

abordagem epidemiológica em detrimento da abordagem clínica; apesar da sua expansão numérica, não dar a resolatividade esperada, nem assegurar a fixação e a adesão dos profissionais de suas equipes, persistindo lacunas quantitativas e qualitativas de cobertura e inalteração dos microprocessos de trabalho em saúde; não desmontar a relação verticalizada de poder entre profissionais e usuários; e ideologizar e simplificar o espaço familiar. (FRANCO; MERHY, 1999)

Em termos nacionais, a NOB-RH/SUS juntamente com a Lei Orgânica da Saúde – 8.080/90 – constituem a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, cujo foco vem sendo colocado sobre a formação dos profissionais de saúde. Outra ação relevante foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que foi aprovada com o objetivo de desfragmentar as ações e “discutir e implementar projetos de mudança do ensino formal e da educação permanente dos trabalhadores de saúde, agentes sociais da saúde e gestores”. (BRASIL, 2005, p. 31)

No caso do município de João Pessoa – Paraíba, onde esta pesquisa foi realizada, as práticas eleitoreiras, a cooptação política e o baixo nível de consciência sanitária reproduziram-se durante o processo de municipalização da saúde e permaneceram nas décadas posteriores, refletindo-se negativamente sobre o gerenciamento dos recursos humanos, sua adesão às propostas do SUS e sobre a qualidade dos serviços prestados por estes profissionais, o que se tornou mais delicado nos anos 2000, quando o Programa Saúde da Família – PSF passou a ser a porta de entrada dos serviços de saúde, o que trouxe novas requisições aos profissionais deste setor, exigindo-lhes saber articular a Atenção Básica com a Média e Alta Complexidade, e isso em uma realidade local de indefinição da hierarquização da rede na prática cotidiana.

Como a atual gestão municipal apresenta um discurso favorável ao desenvolvimento dos recursos humanos, buscou-se analisar qual a percepção dos profissionais de saúde acerca da Política de Recursos Humanos da Saúde e quais os rebatimentos que ela vem provocando em sua prática cotidiana. Neste intuito, foram aplicados questionários nos meses de fevereiro e março de 2006 junto aos profissionais de nível superior do Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário III, uma vez que se entende que é sobre eles que vêm recaindo as principais mudanças e requisições na saúde. O Distrito Sanitário III foi escolhido por ser o maior em número de equipes dentre os cinco distritos em que se encontram divididos os serviços de saúde em João Pessoa e a amostra da pesquisa correspondeu a 37% (65) do universo investigado que era de 177 profissionais e incorporou apenas profissionais com mais de 1 ano de exercício no PSF, cuja implantação no município data de 1999.

Entre os profissionais arrolados, a faixa etária média foi de 31 e 41 anos. Apenas 3 de cada categoria (Enfermagem, Medicina e Odontologia) não possuíam pós-

graduação, prevalecendo, entre estas, as áreas de PSF e Saúde Coletiva, demonstrando interesse dos mesmos em participarem de cursos que favoreçam sua prática cotidiana. Quanto ao vínculo empregatício, 47,7% eram estatutários e 46,15% eram servidores contratados temporariamente, demonstrando o aumento da precarização do trabalho na saúde intensificado pelo PSF mediante o uso indiscriminado de técnicas de contratação ligadas a formas irregulares.

Quando questionados sobre a existência de perspectiva favorável ao desenvolvimento dos recursos humanos na atual gestão, 52 dos profissionais acreditam haver possibilidade factível para seu desenvolvimento, prevalecendo uma avaliação “regular” (52,3%) da atuação da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, seguida pela “boa” (26,2%), ruim (10,8%) e péssima (3,1%).

Entretanto, quando comparadas as ações dirigidas aos recursos humanos da atual gestão com a anterior (de perfil tradicionalista), 42% não perceberam mudanças, o que pode advir sério comprometimento da qualidade da oferta dos serviços de saúde local quando este dado é comparado às respostas que fixaram que 61,5% dos trabalhadores do SUS consideram que a existência de uma Política de Recursos Humanos que busque valorizá-los, incentivando sua participação e melhorando suas condições de trabalho, interferirá em sua adesão ao projeto da Reforma Sanitária.

Como o PSF é uma inovação da rede assistencial que exige minimamente a compreensão de sua forma de funcionamento, conhecimento da rede (referência e contra-referência) e de como pactuar com a comunidade e articular as equipes com as demais políticas públicas, os profissionais foram questionados acerca do recebimento de treinamento para atuarem no programa, observando-se que 60% receberam treinamento de caráter introdutório e, destes 44,62% alegaram que já estavam atuando quando foram treinados, fazendo com que 96,9% declarassem que sentem necessidade de cursos que favoreçam seu trabalho nesse Programa. Dentre os cursos demandados destacam-se os de ordem técnico-profissional (47,7%) e a Atenção Básica (46,2%).

À demanda por cursos, 80% dos profissionais expuseram terem percebido lacunas relativas à sua formação profissional em âmbito de graduação, comprovando a tênue pactuação das escolas formadoras com os serviços e os preceitos do SUS.

Com relação ao seu exercício profissional, 86% consideraram que sua atuação impactará sobre a qualidade dos serviços prestados. Todavia, 53,8% não se sentem valorizados como atores sociais na saúde. Apesar disso, 75,4% dos trabalhadores sentem-se satisfeitos em trabalhar no PSF, o que pode ser explicado, em parte, pela crise vivenciada no mundo do trabalho, que implica em precarização das relações de emprego e remuneração; pela baixa empregabilidade nacional; bem como pelo *status* que os

profissionais vinculados ao programa têm com relação aos demais trabalhadores da saúde ainda não incorporados à equipe mínima.

Quando questionados sobre a qualidade das condições de trabalho no PSF, 93,8% apontaram interferência das condições de trabalho sobre seu desempenho profissional e sobre a qualidade do atendimento. Neste sentido, 49,2% caracterizaram suas condições como “regulares” e 20% como “ruins”.

Ressalta-se que, durante as visitas, constatou-se que algumas USFs funcionavam em instalações físicas precárias; sem identificação e de difícil acesso; com pouca ventilação; falta de espaço físico; existência de aparelhos odontológicos quebrados ou mesmo a inexistência destes; problemas com insetos, etc. Inclusive, em algumas unidades, os profissionais relataram que as benfeitorias haviam sido realizadas por eles próprios para minimização das dificuldades para o trabalho. Tal situação indica que não houve planejamento na montagem das Unidades do Programa Saúde da Família, mas uma “adaptação” das estruturas físicas onde antes funcionavam os postos de saúde, ou locações de ambientes inadequados demonstrando-se mais preocupação com sua distribuição numérica que com sua qualidade para funcionamento.

3 CONCLUSÃO

Com a instituição, na década de 1980, do Sistema Único de Saúde – SUS e, a partir dele, de um novo paradigma político-assistencial, centrado na promoção e ampliação da oferta e do conceito de saúde, houve não apenas a descentralização dos serviços, mas também a necessidade de se reorganizar as práticas de saúde. Conseqüentemente, os recursos humanos desse setor passaram gradativamente a se destacar nas discussões referentes ao processo de consolidação do SUS, exigindo, por parte dos gestores a configuração de uma Política de Recursos Humanos concatenada às questões antigas e às emergentes que recaem sobre esses profissionais.

Em João Pessoa, o PSF representa a principal estratégia de organização da Atenção Básica, devendo facilitar e ampliar o acesso aos serviços básicos. De acordo com os dados obtidos durante pesquisa de campo realizada com os profissionais que atuam no PSF, detectou-se que estes profissionais compreendem sua importância na oferta e qualidade dos serviços prestados, mas que as ações executadas pela Secretaria Municipal de Saúde não têm impactado significativamente sobre as condições de trabalho, nem incorporado as necessidades desse segmento de trabalhadores, decorrendo em percepção de baixa valorização de seu papel na saúde, tênue pactuação com o SUS, e necessidade de capacitação profissional em mesmo grau que as inovações gerenciais.

Outrossim, crê-se que a Política de Recursos Humanos em desenvolvimento pode trazer respostas tangíveis aos profissionais, devido a credibilidade da gestão junto à classe trabalhadora. Contudo isso só será possível se forem superadas lacunas de ordem prática, se houver respaldo pelas demandas dos trabalhadores e reconhecimento no discurso, mas também em ações efetivas, do seu papel estratégico na saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CNS. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 1. ed. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.aguia.datasus.gov.br>>. Acesso em 21 agosto 2005.

CAVALCANTI, P. B. Reflexões acerca do tratamento dado aos recursos humanos em saúde no Brasil. In: **Revista do IESP**. João Pessoa – Pb, v.2, p.1–13, 2001.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 1–18, 2001. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em 30 abril 2006.

FRANCO, T. MERHY, E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Belo Horizonte/Campinas, Março de 1999. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/artigos.htm>>. Acesso em: 05 Setembro 2005.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, p. 1–13, 2001. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em 30 abril 2006.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, 2001.