

**ARTIGO DE PESQUISA****DESAFIOS NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A EDUCAÇÃO NA INTERFACE COM ATENÇÃO***CHALLENGES IN MANAGING THE JOB IN HEALTH: INTERFACE BETWEEN EDUCATION AND CARE**DESAFÍOS EN LA GESTIÓN DEL EMPLEO EN LA SALUD: LA INTERFAZ ENTRE EDUCACIÓN Y CUIDADO*

Iris Elizabete Messa Gomes¹, Eduarda Signor², Luiz Anildo Anacleto da Silva³, Isabel Cristina Dos Santos Colomé⁴, Éder Luís Arboit⁵, Aline Medianeira Gomes Correa⁶

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi compreender quais são os desafios na gestão dos serviços de saúde, na interface entre atenção e educação. O estudo está caracterizado como pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, tipo estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores da equipe multidisciplinar atuantes nas Estratégias da família de um município da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Os resultados foram agrupados em duas categorias que versam sobre os desafios na atenção em saúde e na educação em saúde respectivamente. Os desafios da atenção em saúde estão relacionados a fatores como o trabalho na equipe interdisciplinar, a questão de doença dos usuários e da disponibilidade numérica de trabalhadores. Os desafios na educação em saúde estão relacionados ao pequeno investimento em saúde, tanto para trabalhadores quanto para usuários. Conclui-se que a gestão na saúde é complexa e multifacetada e que no cenário da pesquisa é exígua a inter-relação entre fazer gestão, educação e atenção.

Descritores: Enfermagem; Gestão em saúde; Educação em saúde.

ABSTRACT

The research objective was to understand the challenges in the management of health services at the interface between care and education. The study is characterized as qualitative, descriptive and exploratory, a case study. The research subjects' were active workers of the multidisciplinary team from the family health strategies of a city in the Northwest region of Rio Grande do Sul. For data analysis we used the content analysis. The results were grouped into two categories based on the challenges in health care, and health education, respectively. The challenges of health care are related to factors such as work at an interdisciplinary team, the users' question about the disease, and the number of available workers. The challenges in health education are related to small investment in health for workers, and for users. The followed management in health is complex and multifaceted, and the research scenario is small the interrelationship between doing management, education, and care.

Descriptors: Nursing; Health management; Health education.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue comprender cuáles son los desafíos en la gestión de los servicios de salud en la interface entre atención y educación. Este tipo de estudio de caso se caracteriza por ser una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Los sujetos del estudio fueron trabajadores del equipo multidisciplinar actuantes en las estrategias de la familia de la Región Noroeste de Rio Grande do Sul. Para la evaluación de los datos se utilizó el análisis de contenido. Los resultados fueron agrupados en dos categorías que versan sobre los desafíos en la atención en salud y en educación en salud respectivamente. Los desafíos en materia de salud están relacionados a factores tales como el trabajo en equipo interdisciplinar, la cuestión de la enfermedad de los usuarios y de la disponibilidad numérica de trabajadores. Los desafíos en la educación en salud están relacionados a la pequeña inversión en salud, tanto para trabajadores cuanto para usuarios. Se concluye que la gestión en la salud es compleja y multifacética y que en el escenario de la investigación es exígua la interrelación entre hacer gestión, educación y cuidado.

Descriptores: Enfermería; Gestión en salud; Educación en salud.

¹ Enfermeira. Residente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Franciscano. ² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. ³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões. ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1100-1111

INTRODUÇÃO

Em 1988 foi criado, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, criam-se também as Leis Orgânicas da Saúde, com o intuito de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde. Desse modo, torna-se obrigatório aos serviços públicos e privados conveniados a oferta de atendimento público a qualquer pessoa, destituído de qualquer tipo de cobrança aos usuários e sob qualquer pretexto. O SUS, como programa de saúde, é destinado a todos os indivíduos e é custeado com fundos arrecadados por meio de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal⁽¹⁾.

O SUS tem por objetivo tornar-se um considerável instrumento de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos, proporcionando serviços de qualidade apropriada às necessidades, independentemente do poder aquisitivo do usufrutuário. Esse programa se propõe a promover a saúde, dando prioridade às ações de prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e, assim, promovendo a acessibilidade aos serviços de saúde. A importância do SUS nos serviços de saúde transcende a prevenção, controle e tratamento de doenças, a este

também cabe o controle da qualidade da medicação, da alimentação, de exames laboratoriais e de imagem, sanidade e adequação de instalações que atendem ao público⁽¹⁾.

Os municípios desempenham o papel mais importante desse processo, em função das características de descentralização adotadas pelo governo federal, estadual e municipal. Cada município da federação é responsável pela gestão, ou seja, o controle, o planejamento, bem como a execução da maioria dos serviços em saúde.

Outro importante fator a ser creditado aos municípios refere-se ao planejamento em saúde com o desenvolvimento dos planos municipais de saúde. Assim sendo, na construção desses planos, necessita-se que se conheçam com profundidade as condições de saúde da população, assim como as necessidades de investimentos no setor. No planejamento em saúde, também importa a participação popular, incluindo nesse contexto os trabalhadores e usuários, representantes de sindicatos, associações de bairros, com especial destaque para o conselho municipal de saúde.

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos considerou algumas diretrizes, que ressaltam o comprometimento entre os gestores do SUS com a estabilidade da Reforma Sanitária Brasileira. Esta evidenciada no amparo dos princípios do SUS, assegurado na Constituição Federal, de

elaborar e vincular ações, no seu âmbito de aptidão e concomitante com os demais gestores, que visem qualificar o SUS e garantir a ele política pública⁽²⁾.

Existem sérios entraves para os gestores municipais em saúde, devido aos vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral, como: financiamento aquém do necessário; ausência de redes integradas de serviços; problemas nos serviços contratados e conveniados; baixa sustentabilidade política e institucional, problemas na fixação de pessoal. Nessa perspectiva, há a necessidade de desencadear estratégias de pactuação entre os gestores dos serviços de saúde, superando racionalidades produtivistas e resgatando uma matriz de valores em que o eixo principal seja o compromisso, a responsabilidade solidária e compartilhada⁽³⁾.

Especificamente, em relação à atenção à saúde, está o processo de trabalho dos profissionais de saúde, o qual tem como finalidade ações terapêuticas de saúde, nas quais aponta como objeto indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, assim como a preservação da saúde e prevenção das doenças e agravos. Os instrumentos de intervenção utilizados constam do saber em saúde, que se utiliza de processos e formas, equipamentos e instrumentos, sendo que o produto final é a própria prestação da assistência de saúde, ao mesmo tempo em que é produzida é consumida⁽⁴⁾.

O processo “pensar, planejar e gerenciar” resulta da interação e, das

diferentes estratégias de gestão, que são ações que possibilitam o gerenciamento dos processos de trabalho em saúde em novas dimensões, arrojados e democráticos, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não pode ser conceituada, simplesmente tecnicista, já que envolve dinamicidade nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nos indivíduos⁽⁵⁾.

Com o movimento da Reforma Sanitária nos anos 1980, as práticas educativas passaram a priorizar o processo dialógico com a população para resolverem seus problemas. Usuários e profissionais da área da saúde passam a compartilhar saberes, buscando, conjuntamente, a melhoria da qualidade de vida das pessoas⁽⁶⁾.

Nesse contexto, os gestores não têm a função tão somente de conduzir os indivíduos para realizar mudanças, mas sim de criar espaços organizacionais que influenciem, suportem e alavanquem a imaginação e a iniciativa de todos os níveis. Então, torna-se fundamental estimular o método de mudança por meio da equipe envolvida no seu processo de trabalho⁽⁷⁾.

Na região, em que foi desenvolvida a pesquisa, estudos realizados⁽⁵⁾ revelam que os principais desafios encontrados estão relacionados a alguns fatores como: falta de comprometimento das equipes; carência de profissionais técnicos; infraestrutura deficiente na atenção básica; falta de materiais e equipamentos; problemas de acesso, acolhimento e humanização.

Uma das estratégias de resolução de problemas, assim como do aperfeiçoamento

da atenção e da gestão dos serviços de saúde, refere-se à Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual visa, entre tantos objetivos, à qualificação dos sujeitos trabalhadores como forma de consolidação do SUS. Nesta, prevê-se que além de projetar as formas de cuidar preconizam-se também as mudanças nas formas de ensinar e aprender⁽⁸⁾.

Parte-se da concepção de que a educação permanente em saúde possa contribuir para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS, o contínuo desenvolvimento dos trabalhadores, fortalecimento e desenvolvimento das instituições de saúde, assim como contribuir na gestão dos sistemas e, complementarmente, potencializar outras políticas de saúde, como acolhimento, humanização, clínica ampliada⁽⁸⁾.

Na EPS propõe-se a utilização de teorias educativas que possam sustentar ações educativas nos espaços de trabalho, ou seja, no processo de trabalho, vale dizer que este se constrói a partir dos problemas encontrados na realidade do trabalho. Portanto, preconiza-se que as ações do processo de trabalho, de gestão, atenção e educação possam ser articuladamente desenvolvidas e que, dessa forma projetada e executada, possam ser reciprocamente fortalecidos, gerando o empoderamento pessoal, institucional e comunitário^(9,10).

Na perspectiva da EPS, aproximar a educação do cotidiano de trabalho é potencialmente profícuo, pois o ambiente de trabalho é também um espaço de

aprendizado. Entende-se que as ações diárias de trabalho e as situações vivenciadas ao serem analisadas de forma crítica e reflexiva possam valorizar o processo de trabalho. A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo, os contextos que mantêm e alimenta as práticas de saúde⁽¹¹⁻¹²⁾.

Para se produzir mudança nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática via arcabouço teórico, ou seja, a teoria é experimentada nas práticas e as práticas são aperfeiçoadas nas teorias. Dessa forma, projeta-se que a EPS seja uma das alternativas para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão e avaliação dos processos de trabalho. A avaliação acompanha cada fase, do monitoramento do processo, da análise dos resultados e do alcance dos propósitos formulados⁽¹²⁾.

Preconiza-se também a articulação e a coordenação de estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde. Assim como, também, o incentivo à

adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da EPS, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação⁽¹¹⁻¹²⁾.

O estudo se justifica pela necessidade de conhecer os principais desafios da gestão pública em saúde, assim como a inter-relação entre a educação e a gestão. A educação é uma das formas mais proeminentes de aperfeiçoamento da atenção e da gestão.

Diante da problemática exposta, cabe inserir a seguinte questão de pesquisa: “quais são os desafios na gestão dos serviços públicos de saúde em um município do Noroeste do Rio Grande do Sul no que tange à interface da educação e da atenção?” O objetivo consiste em compreender quais são os desafios na gestão dos serviços de saúde e, especificamente, compreender os desafios que se interpõem entre a gestão, atenção e educação.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória^(13,14), tipo estudo de caso⁽¹⁵⁾. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores da equipe multidisciplinar atuantes nas Estratégias de Saúde da Família de um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul. Como critérios de inclusão elencou-se: ocupar cargo como profissional das Estratégias da Família há pelo menos seis meses. Entre os critérios de exclusão

incluem-se: profissionais com tempo de trabalho inferior a seis meses, os afastados por motivo de férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2013, tendo como instrumento a entrevista semiestruturada. No estudo utilizou-se para codificação dos sujeitos a consoante R, devido ao fato de que não nos é pertinente saber de que categoria está se tratando, uma vez que o objetivo é dar enfoque às dificuldades da equipe multidisciplinar. Na definição dos sujeitos optou-se por amostra proposital, intencional ou deliberada⁽¹⁶⁾. O número de entrevistados foi considerado como saturado, quando respondeu o objetivo da pesquisa.

Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo⁽¹⁷⁾. Conscientes do que representa a dimensão ética na pesquisa, neste estudo foram tomados todos os cuidados que permeiam essa atividade. Portanto, foi observado rigorosamente o que consta na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁸⁾. A pesquisa foi registrada no SISNEP e autorizada por meio do parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nº 306.040.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 trabalhadores, sendo dois médicos, dois dentistas, três auxiliares de saúde bucal, dois enfermeiros e três técnicos de

enfermagem. Cabe salientar que há muitos trabalhadores exercendo função de técnico de enfermagem que também possuem graduação em enfermagem. Os dados advindos da pesquisa permitiram a construção de duas categorias: desafios na atenção em saúde e na educação em saúde, respectivamente. A identificação dos entrevistados foi feita por intermédio da letra R, que significa “respondente”, seguido por um número de ordem.

porque isso a gente não tá trabalhando direito porque a gente não sabe o que a gente tá trabalhando e a gente não tem uma resposta” (R5).

Desafios na atenção em saúde

Nesta categoria os desafios da atenção em saúde evidenciados estão relacionados a fatores como o trabalho na equipe interdisciplinar, a questão de doença dos usuários e da disponibilidade numérica de trabalhadores. Sobre o trabalho interdisciplinar em saúde os sujeitos referem:

No cenário das diferentes organizações e serviços de saúde, as equipes profissionais, chamadas também equipes interdisciplinares, representam o locus privilegiado para a viabilização do trabalho conjugado. As equipes são concebidas como espaços de articulação entre saberes e ações de distintos profissionais, bem como de divisão do trabalho. Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário⁽¹⁹⁾.

“Eu acho que os profissionais ainda precisam aprender a trabalhar em rede, aprender a ter uma conversa intersetorial, aprender a trabalhar multidisciplinarmente” (R4).

A habilidade de se comunicar é indispensável ao profissional da saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe e também para a interação adequada com o paciente no processo de cuidado. A comunicação nos relacionamentos interpessoais é fundamental para compartilhar conhecimentos entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços de saúde⁽²⁰⁾.

“Falta aquela coisa de ligar uma secretaria com a outra e de você saber de todos quem é que tá trabalhando com o que. Muitas vezes a gente não tem resposta, vai pra lá um paciente que precisa de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), vai a questão pro CAPS, volta e muitas vezes voltam sem saber a resposta. Então assim, de unir essas pontas, a gente sabe que tem ponta, cada um vai trabalhar pro seu lado, só que atenção total, global, integral de todos os pacientes de uma forma geral, até
R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1100-1111

Na organização do processo de trabalho, prescinde-se de projetarem-se as ações da equipe multidisciplinar, de forma a aparar as diferenças profissionais e intersetoriais, ou seja, romper com a linearidade entre as diversas profissões e repensar as formas de aproximação entre os

diversos profissionais, de forma que a atenção em saúde seja integrativa.

Outro fator evidenciado refere-se à questão de saúde da população em geral, neste enfoca-se o saneamento básico, acessibilidade ao serviço de saúde, a atenção em saúde a doentes crônicos, falta de cobertura dos serviços, a inter-relação de oferta e demanda dos serviços de saúde. Sobre essa questão os entrevistados assim se pronunciam:

“Existe também a questão das famílias sem acesso a saneamento, vivendo em condições de miserabilidade. Existe também a questão do público flutuante, da falta de agentes comunitários de saúde, que tem muitas áreas descobertas, um município que não tem uma cobertura de 100% nas ESF (Estratégia Saúde da Família) também acaba complicando muito a questão do enfrentamento, principalmente nas questões de violência e acompanhamento” (R3).

“Na atenção em saúde, em primeiro lugar, deve-se conseguir atender toda a demanda, porque a gente percebe que tem muita gente do município que não está recebendo atendimento porque não tem ESF (Estratégia Saúde da Família)” (R6).

“Pacientes crônicos são muito difíceis de serem acompanhados por não haver essa cobertura de 100% do município, aí se perde seus dados, então se trabalha com dados que não são totalmente confiáveis, no sentido de que eles não têm uma cobertura total, você não tem o conhecimento de quantos pacientes são diabéticos ou quantos são hipertensos, na tua área” (R11).

Um dos maiores desafios na atenção à saúde tem sido qualificar as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para identificar, planejar, implementar e avaliar estratégias de intervenção sob a perspectiva ampliada da determinação social e dos diversos condicionantes do processo saúde-doença, especialmente nas famílias mais vulneráveis sob seus cuidados⁽²¹⁾.

O fato de apenas ter serviços disponíveis não garante o acesso, uma vez que fatores relacionados ao consumo e à oferta influenciam sua utilização, como concentração de serviços em determinado nível de complexidade tecnológica, características culturais e econômicas de uma determinada população, fluxos e rotinas dos serviços e graus de satisfação do usuário na utilização dos serviços⁽²²⁾.

A atenção em saúde no cenário da pesquisa muitas vezes não se faz como preconizado pelo Ministério da Saúde, principalmente no que se refere à cobertura de serviços. Há de se criar novas ESFs para garantir acesso e atendimento de qualidade a populações desassistidas. Outro fator evidenciado refere-se ao número de profissionais destinados ao atendimento dos usuários do serviço de saúde.

“Não tem médicos suficiente, então acredito que em primeiro lugar o principal desafio é conseguir atender a todos” (R1).

“Eu acho que, na atenção em saúde, também tem dificuldades na questão de recursos humanos, a gente gostaria de ter mais um técnico (de enfermagem), até mesmo mais um médico. Nós atendemos uma população de quase quatro mil pessoas,

gostaríamos de mais agentes comunitários de saúde para dar conta dessas demandas, e eu acho que no momento que o gestor ter como enfoque o fortalecimento da atenção básica a gente vai conseguir dar um suporte, um retorno melhor para o atendimento da nossa população” (R8).

O dimensionamento de pessoal tem sido considerado um desafio, haja vista que estes recursos são os mais complexos da organização, e os demais recursos exigem a sua presença, para que possam ser utilizados⁽²³⁾. Os recursos humanos na área da saúde, portanto, fundamentam o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal para prover cuidados que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes, de acordo com a filosofia, a estrutura da instituição e, também, com a singularidade de cada serviço⁽²⁴⁾.

Os profissionais da saúde passam por diversas dificuldades em seu dia a dia de trabalho, entre elas se destaca a falta de profissionais nos serviços. Há uma demanda muito grande de usuários e muitas vezes os profissionais não conseguem realizar a atenção à saúde do usuário da forma como é preconizada.

Desafios na educação em saúde

Para as respostas referentes à intersecção de como se fazer educação, gestão e atenção, diversos respondentes afirmaram que a educação, sempre que realizada, resulta na melhoria do atendimento à população. Porém afirmam que falta para o município uma agenda com R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1100-1111

um cronograma de atividades, para que, assim, se tenha uma continuidade no trabalho de aperfeiçoamento.

Melhor explicitando, não fica clara a existência de um programa sistematizado de educação permanente aos trabalhadores e de educação em saúde aos usuários. Contudo, evidencia-se a existência de ações educativas isoladas pontuais e fragmentadas aos trabalhadores. A educação em saúde aos usuários também é restrita, a qual acontece eventualmente dentro dos grupos de saúde. Portanto, aquilo que se objetivava em relação à interposição da educação no processo de trabalho não fica evidente.

Evidencia o estudo que as ações de educação, atenção e gestão são realizadas de forma fragmentada. Neste extrato de respostas se aborda a questão da educação em saúde, tanto no que tange à educação aos usuários quanto à educação dos trabalhadores.

“Você vai trabalhar educação em saúde, você tem que ter um leque muito grande de recursos, você vai ter que trabalhar com adolescentes que exige uma linguagem, você vai trabalhar com indígenas que exige uma abordagem completamente diferente, a abordagem que tu usa com o idoso não é a mesma que tu usa com o público escolar” (R5).

“A educação em saúde para o povo é uma coisa também muito aquém do que eles querem, por que na verdade eles não têm essa mentalidade ainda de educar para o autocuidado, da própria autonomia que eles vão ter com a saúde deles” (R4).

“Eu acho que o maior desafio começa já na educação dos profissionais. A gente não tem um cronograma de gestão de educação permanente para os profissionais, se tem algum, se sabe que tu tens que fazer, mas tu não é treinado, tu não é motivado pra aquilo, através da educação permanente que é onde a gente vai poder falar, por exemplo, de saúde do idoso, tu vai assistir uma atividade, sobre saúde do idoso” (R10).

O conceito de educação permanente se refere a uma estratégia para a construção de conhecimentos na área técnico-científica, ética, sociocultural e relacional, envolvendo as questões do cotidiano da instituição. Busca a articulação com as diretrizes da política de saúde na perspectiva da formação de profissionais para a área de saúde, utilizando métodos participativos que levem à autonomia⁽²⁵⁾.

Para se produzir mudanças nas práticas e, sobretudo, para modificar práticas institucionalizadas nos serviços de saúde são necessários privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. Cada atividade educativa que se pretenda levar à prática vai exigir, necessariamente, que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de novos acordos entre os grupos de trabalho e das regras da organização⁽²⁶⁾.

Nesse sentido, a educação permanente “não é algo *sui generis* do campo da saúde, por se tratar de processos de aprendizagem que resultam da combinação de diferentes situações e modalidades de formação”⁽²⁷⁾. A

educação permanente em saúde para profissionais e para os usuários vem como uma ferramenta de aperfeiçoamento tanto do cuidado com o usuário quanto para crescimento e aprimoramento pessoal dos trabalhadores. É uma prática importante que muitas vezes não é realizada com a devida periodicidade e compromisso, o que pode tornar o processo de trabalho um tanto quanto dificultoso, pois a partir do momento em que não se tem educação o conhecimento fica limitado, bem como o serviço prestado ao usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procurou-se conhecer os principais desafios da gestão na saúde pública, evidencia-se neste que a implementação da gestão está atrelada aos vários fatores, entre eles a questão de pessoal. Os trabalhadores da área da saúde passam por enormes dificuldades, tanto de quantitativo de pessoal quanto de estruturação e da organização do processo de trabalho. As formas de organização são truncadas, as poucas ações interdisciplinares que existem são espontâneas, não havendo planejamento para que assim ocorram.

Entretanto, não se pode creditar aos serviços toda a responsabilidade pelo ocorrido. Sabe-se que a formação dos profissionais precisa estar pautada na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde. Entre elas a incorporação da escuta aos processos singulares e subjetivos, o estabelecimento de relações de confiança e vínculo entre

profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território. Os trabalhadores em saúde são oriundos de alguma escola formadora, portanto urge em se repensar também o ensino, conforme já preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os dados advindos deste estudo ainda revelam que fazer educação permanente em saúde com a população e com a equipe multiprofissional é de suma importância, uma vez que a população precisa levar consigo a consciência de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os profissionais da equipe têm o papel de passar esse conhecimento para os clientes, meta essa que se torna desafiadora, pois, como citado por alguns entrevistados, existe uma grande falta de profissionais nas equipes, o que dificulta o atendimento à população.

Na pesquisa, procurou-se saber quais os principais desafios na gestão pública de saúde. Os dados do estudo mostram que há sérias dificuldades, principalmente no que tange à estruturação dos serviços, à organização do processo e ao planejamento de estratégias de atenção e de educação.

Também interessava saber como se dava a gestão na interface com a educação e a atenção. Mostra o estudo que as ações concernentes à gestão estão desvinculadas da atenção e da educação. Melhor dizendo, não se utiliza dos preceitos de gestão para organizar a assistência e articular esta com a educação como forma de aperfeiçoamento da atenção e, consecutivamente, da gestão. Embora, evidenciada no estudo, o investimento em educação no trabalho é R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1100-1111

uma das formas de apurar a gestão e a atenção de forma tal que se cria um círculo de fomento e de retroação contínuo e permanente.

A educação na interface com a atenção permitiria aos sujeitos contínua e permanentemente educar e educarem-se nos diversos espaços e momentos. Pois, assim, far-se-ia gestão, educação e atenção de forma congregada, situação em que gestão fortaleceria a educação, que robusteceria a atenção. A qualificação da atenção passa por estratégias de gestão e, também, estando a educação como fator interveniente no processo de mudança.

O local na qual se desenvolveu a pesquisa não dispõe de adequada estrutura física, nem um quantitativo razoável de trabalhadores, o que faz com que o trabalho não seja tão efetivo como deveria ser. Além disso, estão vinculadas as formas de organização do processo de trabalho, principalmente, no que se refere à conexão da gestão, educação e da atenção.

Por fim, mostra o estudo que não há interposição entre a gestão, a educação e a saúde. Assim, também se precisa dizer que urge repensar esse serviço e investir na gestão, em planejamento estratégico, tático e operacional de forma a qualificar a atenção, que é o objetivo maior de todos os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080. Brasília (DF): 1990. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>> [Acesso em: 10 maio 2014].

2- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF): 2006. Disponível em

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf> [Acesso em: 15 maio 2014].

3- Ditterich RG, Moyses ST, Moyses SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 2012; 4(28): 615-25.

4- Pires P. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Anna Blume/CNTSS, 2008.

5- Silva LAA et al. Seminários integrativos de educação permanente em saúde: a experiência com os municípios da região norte do Estado do Rio Grande do Sul. In Via RM, Plein FB, Machado ME. A política de educação permanente em saúde: avanços e desafios. Porto Alegre: Floriprint. 2010.

6- Oliveira SRG, Wendhausen ÁLP. Resignifying education in health: difficulties and possibilities of the family health strategy. Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro, 2014 ; 12 (1): 129-47.

7- Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Participative management in permanent health education: view of the nurses. Rev. bras. enferm. Brasília 2010; , 63 (1): 38-42.

8- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A educação R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 maio/ago; 4(2):1100-1111

Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2005.

9- Kleba ME. Descentralização do sistema de saúde no Brasil. Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argus, 2005.

10- Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

11- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2007.

12- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009a.

13- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

14- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

15- Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookmann. 2010.

16- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis: Vozes, 2003.

17- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

18- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 -

Gomes IEM, Signor E, Silva LAA, et al.
Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012.

19- Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. *Physis* 2012; 22 (4): 1563-83.

20- Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo* 2010; 19 (4): 814-27.

21- Amendola F, Alvarenga MRM, Gaspar JC, Yamashita CH, Oliveira MAC. Face validity of an index of family vulnerability to disability and dependence. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45 (2):1736-42.

22- Carneiro-Jr N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc. São Paulo* 2010; 19 (3): 709-16.

23- Magalhaes AMM, Riboldi CO, Dall'agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafios para as lideranças. *Rev bras Enferm. Brasília* 2009; 62(4): 608-12.

24- Inoue KC, Matsuda LM. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for Adults. *Acta paul. enferm. São Paulo* 2010; 23 (3): 379-84.

25- Jesus MCP, Figueiredo MAG, Santos MSR, Amaral AMM, Rocha LO, Thiollent MJM. Permanent education in nursing in a university hospital. *Rev esc enferm. USP. São Paulo* 2011; 45 (5): 1229-36.

Challenges in Managing...

26- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente. Brasília (DF) 2009b.

27- Fernandes RMC. Continuing education in social worker labor situations. *Trab educ saúde. Rio de Janeiro* 2012; 10 (3): 481-505.

NOTA

Não há conflito de interesses. Este artigo faz parte de um projeto guarda-chuva que resultou em um trabalho de conclusão de curso.

Recebido em: 16/06/2014

Versão final reapresentada em: 8/11/2014

Aprovado em: 22/11/2014

Endereço de correspondência

Rua Henrique Dias, 125, apto 301. Centro. Santa Maria/RS. Brasil.

E-mail: irismessagomes@hotmail.com