

PERFIL DO PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

The profile of higher education professional in the Family Health Strategy

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Investigar o perfil do cirurgião-dentista (CD), enfermeiro e médico da Estratégia Saúde de Família (ESF) de Anápolis-GO, Brasil. **Métodos:** Pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa. Utilizou-se questionário estruturado com questões fechadas e abertas para 136 profissionais da ESF de Anápolis-GO, Brasil, ano de 2008. Os dados quantitativos foram tabulados e utilizou-se a técnica da análise de conteúdo para os dados qualitativos. **Resultados:** A maioria dos profissionais pesquisados era do sexo feminino, sendo 22 (78,5%) CD, 30 (96,8%) enfermeiras e nove (56,3%) médicas; na faixa etária de 20 a 30 anos, dos quais 21 (75%) eram CD, 22 (71%) enfermeiros e 10 (62,5%) médicos. A maioria era recém-formada (0 a 5 anos desde a graduação), com destaque para 28 (90,3%) enfermeiros. Quase todos residiam no município de Anápolis, com exceção de 4 (14,3%) CD. A maioria, 25 (89,2%) CD, 21 (67,74%) enfermeiros e 12 (75%) médicos, cursou pós-graduação. As atividades clínicas eram mais realizadas pelos 27 (96,4%) CD e 16 (100%) médicos, enquanto as preventivas eram mais realizadas por 28 (90,3%) enfermeiros. A maioria, 26 (92,9%) CD, 31 (100%) enfermeiros e 14 (87,5%) médicos, acreditava na proposta de mudança de modelo de atenção à saúde da ESF. Questões estruturais e organizacionais influenciavam o trabalho, expectativas e motivações dos profissionais. **Conclusão:** O perfil do profissional de nível superior da Estratégia Saúde da Família de Anápolis-GO é principalmente do sexo feminino, jovem, residente na cidade, com curso de pós-graduação e acredita na proposta da ESF. Há indícios de que o enfermeiro é o que mais se aproxima dessa estratégia. A pós-graduação em saúde coletiva e a ênfase nas atividades preventivas pelos enfermeiros são fatores relevantes neste perfil.

Descritores: Saúde da Família; Recursos Humanos; Capacitação em Serviço; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the profile of the dentist (CD), nurse and physician (doctor) in the Family Health Strategy (FHS) of Annapolis-GO, Brazil. **Methods:** A descriptive study with quantitative and qualitative approach. We used a structured questionnaire with closed and open questions to 136 professionals from the FHS of Annapolis-GO, Brazil, in the year 2008. Quantitative data were tabulated and we used content analysis technique for qualitative data. **Results:** Most professionals surveyed were female, 22 (78.5%) CD, 30 (96.8%) nurses and 9 (56.3%) doctors; aged 20 to 30 years of which 21 (75%) were CD, 22 (71%) nurses and 10 (62.5%) physicians. Most were newly graduated (0-5 years since graduation), especially 28 (90.3%) nurses. Almost all professionals lived in the city of Annapolis, with the exception of 4 (14.3%) CD. Most professionals, 25 (89.2%) CD, 21 (67.74%) nurses and 12 (75%) doctors had a postgraduate course. The clinical activities were most performed by 27 (96.4%) CD, and 16 (100%) physicians. While preventive activities were carried out mostly by 28 (90.3%) nurses. The majority, 26 (92.9%) CD, 31 (100%) nurses and 14 (87.5%) physicians, believed in the proposition to change the FHS model of health care. Structural and organizational issues influenced the work, expectations and motivations of professionals. **Conclusion:** The profile of the higher education professional of the Family Health Strategy in Annapolis - GO is mainly female, young, residing in the city, with a post-graduation and believes in the proposal of the ESF. There is evidence that the nurse is the closest to that strategy. A post-graduation in public health and the emphasis on preventive activities by nurses are important factors in this profile.

Descriptors: Family Health; Human Resources; Service Training; Primary Health Care.

Paula dos Santos Espíndola⁽¹⁾
Cristiane Lopes Simão Lemos^(2,3)
Liliane Braga Monteiro dos Reis⁽³⁾

1) Faculdade de Odontologia de Anápolis - Anápolis (GO) - Brasil

2) Universidade Federal de Goiás - Anápolis (GO) - Brasil

3) Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA - Anápolis (GO) - Brasil

Recebido em: 12/12/2010

Revisado em: 01/06/11

Aceito em: 04/07/11

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no ano de 1988, tendo como princípios a universalização, a igualdade e a integralidade da atenção à saúde. A criação desta política indiscutivelmente foi fundamental para a mudança da realidade da saúde no país, que avançou em diversos quesitos e ainda enfrenta diversos desafios principalmente pela persistência de um modelo de saúde ainda excludente, pouco humanizado, com aspecto curativista e pouco resolutivo⁽¹⁾.

Na perspectiva de enfrentamento destas problemáticas, no ano de 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família, atualmente reconhecido com Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade de remodelação da política de atenção básica no país. A ideia central é de inversão do modelo tradicional vigente, mediante a priorização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias e comunidade, de forma integral e continuada, com exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas⁽¹⁾.

As Unidades de Saúde da Família (USF), implantadas com tais fins por todo o Brasil, devem organizar-se por meio do trabalho em equipe multiprofissional, que visa a solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância do território específico, orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da humanização, da integralidade, da responsabilidade, da equidade e da participação da comunidade⁽²⁾.

Inicialmente, a equipe da ESF era exclusivamente composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A integração da saúde bucal na Equipe de ESF aconteceu em 29 de dezembro de 2000⁽³⁾, tendo contribuído para tal medida a divulgação na mídia e repercussão na sociedade brasileira do fato de que cerca de 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao cirurgião-dentista (CD).

A ESF traz em seu bojo o imperativo ético do acesso dos brasileiros a uma saúde de qualidade, mas a proposta enfrenta diversos desafios, como: financiamento insuficiente, precarização das condições de trabalho, dificuldades em implantar diretrizes e princípios, tais como trabalho em equipe, rotatividade profissional, vínculo com a comunidade. Dentre as várias problemáticas pode se destacar a dificuldade do envolvimento dos profissionais no processo de reorientação do trabalho em saúde segundo a nova filosofia. Nesta questão, devem-se levar em consideração as especificidades disciplinares – particularmente no que se refere à racionalidade dominante em cada campo – as experiências de formação e a inserção

profissional dos sujeitos, sem esquecer a interferência do mercado neste processo⁽⁴⁾.

A vivência das autoras deste artigo nos cenários de parceria ensino/serviço/comunidade da ESF no município de Anápolis permitiu a percepção de que muitos profissionais da equipe da ESF não possuem perfil ideal para a área de atuação. Estão no serviço público, mas trabalham segundo os preceitos do modelo biomédico tradicional, exercendo uma prática centrada no modelo curativista, tecnicista e especialista. Por outro lado, foi possível observar que outros profissionais pareciam estar mais articulados às novas proposições da ESF e realizavam um trabalho mais diferenciado. Esta realidade nos levava a questionar: Por que existem estas diferenças? Quais são os determinantes para as diferenças de posturas destes profissionais? Entre a equipe de ESF, mais precisamente os CD, enfermeiros e médicos, existiriam profissionais com perfil mais adequado à ESF?

Há grande diversidade de situações relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes da ESF, seja quanto ao perfil dos profissionais, mecanismo de contratação, às modalidades de seleção e aos processos de capacitação, que têm impacto diverso na configuração do programa, na rotatividade dos profissionais, na integridade, na resolutividade e qualidade das ações, e na formação de vínculos com a comunidade⁽⁵⁾.

Na ESF parece imprescindível superar o modelo profissional tradicional tecnicista, individualista, mecanicista, biologicista⁽⁶⁾. O novo modelo implica ir além do domínio de técnicas clínicas, pois o profissional necessita de outros saberes e posturas como planejar em saúde coletiva, sensibilidade social, vínculo com as famílias, posicionamento crítico, reflexivo e transformador perante os desafios objetivos e subjetivos do serviço.

Entender a ESF como estratégia de mudança da atenção básica significa, dentre outras questões, repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social de saúde, ou seja, traz a necessidade de conhecer a realidade dos trabalhadores na área da saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi investigar o perfil do cirurgião-dentista, enfermeiro e médico da estratégia Saúde de Família de Anápolis-GO.

MÉTODOS

Esta investigação consistiu um estudo de caráter exploratório descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa descritiva constitui uma forma de observar as diversas situações que ocorrem no

comportamento humano, analisando acontecimentos em um determinado tempo⁽⁷⁾. Por sua vez “[...] as pesquisas descritivas têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população [...]”⁽⁸⁾.

O município de Anápolis é a terceira maior em população do estado de Goiás e a segunda maior em arrecadação de impostos, compondo uma das regiões mais desenvolvidas do Centro-Oeste brasileiro, o eixo Goiânia-Anápolis-Brasília.

Sua população gira em torno de 324.303 habitantes⁽⁹⁾. A ESF iniciou-se no município em 2002, com 12 equipes de SF. Em 2004, houve um projeto de expansão e no ano de 2008, época de realização deste estudo, havia 30 USF⁽¹⁰⁾.

Esta pesquisa realizou-se em todas as 30 USF do município no ano de 2008. A ferramenta de pesquisa foi um questionário estruturado contendo questões fechadas e abertas, aplicado a todo o universo de profissionais de saúde de nível superior da ESF de Anápolis, 136 deles (38 CD, 54 enfermeiros e 44 médicos). Para coleta de dados, os questionários foram levados até a USF, no período do segundo semestre de 2008, e entregues ao coordenador da ESF, que ficou responsável pela sua distribuição e aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Combinou-se uma data posterior para o recolhimento dos documentos.

Como critério de inclusão, os profissionais deveriam estar vinculados à ESF e ser contratados pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Anápolis – GO. Foram excluídos os profissionais que não estavam em atividade no período de coleta de dados, ou seja, de férias ou afastados (licenças médica, maternidade, por interesse particular).

Por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras do Conselho Nacional de saúde, Resolução 196/96. O projeto de pesquisa submeteu-se à apreciação do Comitê de Ética da UniEVANGÉLICA, com o parecer substanciado do protocolo nº 058/08, aprovado em 19/06/08. Para a garantia do anonimato do participante, seu nome não foi solicitado.

Os dados quantitativos foram tabulados e estão descritos em percentuais e números absolutos. Em relação aos dados qualitativos optou-se pela utilização da técnica da análise de conteúdo⁽¹⁰⁾, que busca descobrir os diferentes núcleos de sentido, os quais constituem as informações coletadas. Posteriormente, procedeu-se a seu reagrupamento em classes ou categorias.

A análise de conteúdo estrutura-se em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, com base na leitura flutuante, organiza-se o material, que constitui o corpus da pesquisa. Nessa exploração há três etapas:

- a) a escolha das unidades de contagem;
- b) a seleção das regras de contagem;
- c) a escolha de categorias. Já o tratamento dos resultados compreende a inferência e a interpretação⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 136 questionários, foram respondidos 75 (55,1%). Os dados da população estudada encontram-se na Tabela I, sendo 28 (73,7%) CD, 31 (57,4%) enfermeiros e 16 (36,4%) médicos.

Deste universo, a maioria é do sexo feminino, sendo 22 (78,5%) CD, 30 (96,8%) enfermeiras e nove (56,3%) médicas. Estes dados estão de acordo com outros estudos⁽¹²⁻¹⁴⁾ que apontam uma tendência da feminização na área da saúde. Além das questões estruturais, que levam a mulher ao mundo trabalho, a saúde possui certas especificidades, como a ligação como a “profissão do cuidado”, uma habilidade que seria eminentemente “mais” feminina.

A análise da faixa etária dos profissionais participantes da pesquisa (Tabela I) demonstrou que a maioria deles é jovem, na faixa etária de 20 a 30 anos, dos quais são 21 (75%) CD, seguidos por 22 (71%) enfermeiros e 10 (62,5%) médicos. Tais dados estão em concordância com outro estudo⁽¹⁵⁾ realizado sobre a ESF. Divergem, no entanto, da pesquisa⁽¹⁶⁾, que demonstrou que a ESF apresentou uma alta concentração de profissionais na faixa entre 30 a 49 anos (66,62% dos médicos e 58,69% dos enfermeiros) e na faixa mais jovem de até 29 anos, encontram-se apenas 19,12% dos médicos e 36,58% dos enfermeiros.

A maioria dos profissionais pesquisados é de recém-formados (0 a 5 anos de tempo de graduação), e o destaque está nos 28(90,3%) enfermeiros (Tabela I). Em relação ao tempo de graduado, há duas situações interessantes: 4 (25%) médicos se diferenciam na faixa acima de 10 anos de graduado e 11 (39,3%) CD, na faixa entre 5,1 a 10 anos de graduados.

Estes dados desmitificam uma ideia bastante difundida de que o trabalho no SUS é uma possibilidade apenas para os primeiros anos de carreira. Estudos^(2,7) demonstram que a ESF tem sido uma alternativa de “mercado de trabalho” para médicos com larga trajetória profissional, incluindo aposentados ou aqueles prestes a recorrer à aposentadoria.

No tocante aos CD, há uma especificidade em relação a seu mundo do trabalho que vem sofrendo modificações acentuadas desde 1980, com evidente saturação do mercado liberal, com situações de excesso de profissionais formados, alta competitividade, subempregos, dificuldades para o trabalho em consultórios particulares^(17,18).

Os CD entrevistados na pesquisa de Chaves e Miranda⁽¹⁷⁾ demonstraram a “insustentabilidade” de permanência no mercado liberal como uma situação crítica, implicando perspectiva de abandono da profissão (opção menos considerada) ou a expectativa de buscar alternativas de trabalho assalariado no serviço público. Os entrevistados afirmaram que a escolha de trabalhar na ESF era quase sempre levada diante da dificuldade de sobrevivência no mercado liberal, pela busca de alguma remuneração regular e segura.

A presente pesquisa demonstrou que quase todos os profissionais residem no município de Anápolis, com exceção de 4(14,3%) CD (Tabela 1). Quanto à instituição que ministra curso de graduação, o Centro Universitário UniEvangélica do município de Anápolis destacou-se entre a maioria, 19 (68%) dos CD e 21(67,8%) enfermeiros (Tabela 1). Os médicos são de instituições variadas, pois somente a partir de 2008 foi aprovado um curso de Medicina no município.

Quando questionados sobre a contribuição do curso de graduação para o exercício profissional na ESF, 17 (60,7%) CD, 24(77,4%) enfermeiros e 13(81,3%) dos médicos tiveram respostas positivas.

Cerca de 17 (60,7%) CD, 15 (48,4%) enfermeiros e 8 (50%) médicos disseram exercer atividades em outros locais de trabalho. Este fato pode expressar a necessidade de complemento de renda dos profissionais e certamente tem influências na sua qualidade de vida⁽¹⁹⁾ e na eficiência dos serviços prestados, que exigem uma dedicação de 40 horas semanais.

Em pesquisa⁽¹⁶⁾ de âmbito nacional, realizada no ano 2000, aponta que 45,54% dos médicos mantêm outros vínculos de trabalho além da ESF. Segundo a pesquisadora⁽¹⁵⁾, o fenômeno manifesta-se de forma diferente entre as regiões do país. A região Norte apresentou-se com o maior percentual de médicos (56,63%) que têm outros vínculos, enquanto a região Centro-Oeste mostrou-se com o menor percentual, (38,89%). Dentre os médicos com outros vínculos, 73,7% exercem atividades no setor público. Somente 25,80% dos enfermeiros analisados em todo o país trabalham em outros locais. A região Sudeste apresentou-se com índice mais alto, ou seja, 33,67%. Da mesma forma que os médicos da região Centro-Oeste, os enfermeiros (10,98%) de tal região são os que menos atuam em outras atividades de saúde⁽¹⁶⁾.

A maioria dos profissionais, 25 (89,2%) CD, 21 (67,74%) enfermeiros e 12 (75%) médicos fizeram algum tipo de curso (atualização, especialização e mestrado) após a graduação. Desta amostra, 7 (25%) CD, 11(35,5%) enfermeiros e 3(18,8%) médicos são especialistas ou estão especializando-se na área de saúde coletiva (Tabela II). A realidade estudada confronta com a ideia da desqualificação dos profissionais do serviço público. Em Anápolis, com exceção da área de medicina, os processos seletivos para enfermeiros e CD na ESF são muito concorridos, fato que pode contribuir para a inserção de profissionais mais qualificados para o serviço público.

Os dados sobre os cursos de pós-graduação demonstram um maior envolvimento dos enfermeiros com a área de saúde coletiva e que os CD têm especialização mais voltada para a área específica da odontologia (Tabela II).

Tabela I – Descrição da população estudada, segundo variáveis demográficas. Anápolis-GO, 2008. (N=75)

Variável		CD n (%)	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)	Totais n (%)
Profissionais do Município		38 (27,9)	54 (39,7)	44 (32,4)	136 (100,0)
Participantes da pesquisa		28 (73,7)	31(57,4)	16(36,4)	75 (55,1)
Gênero	Masculino	6 (21,5)	1 (3,2)	7 (43,7)	14 (18,7)
	Feminino	22 (78,5)	30 (96,8)	9 (56,3)	61 (81,3)
Idade	20 a 30 anos	21 (75,0)	22 (71,0)	10 (62,5)	53 (70,7)
	31 a 50 anos	7 (25,0)	9 (29)	4 (25)	20 (26,7)
	Acima de 51	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	2 (2,6)
Local de residência	Anápolis	24 (85,7)	31 (100,0)	16 (100)	71 (94,7)
	Outros	4 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (5,3)
Tempo de graduação	0 a 5 anos	16 (57,1)	28 (90,3)	11 (68,8)	55 (73,3)
	5,1 a 10 anos	11 (39,3)	2 (6,5)	1 (6,2)	14 (18,7)
	Acima de 10	1 (3,6)	1 (3,2)	4 (25,0)	6 (8,0)
Instituição de graduação	UniEVANGÉLICA	19 (68,0)	21 (67,8)	0 (0,0)	40 (53,3)
	OUTROS	9 (32,0)	10 (32,2)	16 (100,0)	35 (46,7)

Tabela II – Descrição dos profissionais que fizeram cursos relacionados à saúde coletiva. Anápolis-GO, 2008. (N=75)

	CD n (%)	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)
Relacionada à Saúde Coletiva	7 (25,0)	11 (35,5)	3 (18,8)
Área do curso de graduação	14 (50,0)	6 (19,4)	4 (25,0)
Sem curso ou não responderam	7 (25,0)	14 (45,2)	9 (56,2)

Este resultado é coerente com o tipo de formação acadêmica dos três profissionais, pois o CD e o médico, tradicionalmente, têm um currículo que enfatiza, mais, o biologismo, já os cursos de enfermagem têm mais proximidade com a saúde coletiva, tendo também o enfermeiro maior campo de trabalho nesta área e menos possibilidades no mercado liberal.

Os CD podem estar se especializando em áreas específicas do curso de graduação com o propósito de se articular melhor no mercado de trabalho liberal. Pesquisa⁽¹³⁾ realizada no Rio Grande do Norte com CD da ESF identificou que, em uma amostra de 115 entrevistados, 67,8% possuíam formação voltada para ESF. Já outro estudo⁽¹⁵⁾ identificou poucos profissionais da ESF com cursos de especialização: somente 39,53% dos médicos e 35,49% dos enfermeiros. O número dos profissionais com titulação *stricto sensu* era ainda mais reduzido, ou seja, 2,43% dos médicos e 1,45% dos enfermeiros tinham mestrado e/ou doutorado.

Em relação ao tipo de práticas mais realizadas na ESF, constatou-se que as atividades clínicas são as mais realizadas pelos 27(96,4%) CD e 16 (100%) médicos. Já as atividades preventivas são realizadas por 28 (90,3%) enfermeiros (Tabela III).

Treze (46,4%) CD afirmaram que a frequência de desenvolvimento das atividades não clínicas é de duas a três vezes por semana. Já no grupo dos enfermeiros, em torno de 10(32,2%) profissionais alegaram que a assiduidade é de quatro a cinco vezes por semana e cerca de 5 (31,5%) médicos disseram realizá-las uma vez por mês.

Tabela III - Descrição das práticas mais realizadas na ESF. Anápolis-GO, 2008. (N=75)

	CD n (%)	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)
Clínicas	27 (96,4)	12 (38,7)	16 (100,0)
Preventivas e/ou educativas	23 (82,1)	28 (90,3)	10 (62,5)

Esses dados mostram uma contradição das práticas dos médicos e CD no que tange às diretrizes da ESF, que tem em sua essência a promoção de saúde. A questão é complexa e pode ser analisada por várias vertentes, desde problemas da formação acadêmica com ênfase no modelo hospitalocêntrico até o ideário da comunidade, que valoriza práticas curativas. A pós-graduação em saúde coletiva não pode ser esquecida, pois os dados demonstram que os enfermeiros são maioria em relação à especialidade nesta área e isso pode influenciar seu enfoque nas práticas preventivas.

Sabe-se que muitos profissionais continuam a ser formados no modelo tradicional curativista e adentram as portas do serviço público com a mesma mentalidade do serviço privado. Embora o Ministério da Saúde tenha buscado investir na formação dos trabalhadores do SUS, tendo criado a Política Nacional de Educação Permanente⁽²⁰⁾ e estimulado mudanças curriculares na graduação da área da saúde^(21,22), percebe-se que a ênfase no tecnicismo persiste, seja no serviço, na gestão ou no ensino.

Contraditoriamente até as exigências do Ministério da Saúde de produção de serviços no SUS contribuem para essa realidade. Por exemplo, a Política Nacional de Saúde Bucal estabeleceu que 75% a 85% das horas contratadas do CD devem ser dedicadas à assistência e 15% a 25% para outras atividades, como: planejamento, capacitação, atividades coletivas⁽²³⁾.

O documento⁽²³⁾ supracitado explicita a preponderância das atividades curativistas em detrimento de outras que poderiam contribuir para a promoção de saúde bucal. Por mais que os dados epidemiológicos justifiquem a ênfase em assistência, há de se questionar esta prescrição ministerial: como alcançar o modelo de atenção integral à saúde com uma carga horária tão pequena para atividades da área de Saúde Coletiva? É fato que ainda que os profissionais se enquadrem no perfil voltado para a promoção de saúde, a legislação impõe uma prática não coerente com a filosofia da ESF.

Quando os sujeitos da presente investigação foram questionados sobre se acreditam na proposta de mudança de modelo de atenção à saúde da ESF, cerca de 26 (92,9%) CD, 31(100%) enfermeiros e 14 (87,5%) médicos tiveram respostas positivas. Estes dados convergem com a pesquisa⁽²²⁾ que demonstra que aproximadamente (98%) dos profissionais consideram estar contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população, atuando na ESF.

As questões sobre as motivações e problemas envolveram a liberdade para os entrevistados de expressar suas percepções e significações pessoais, sendo analisadas de forma qualitativa.

Os resultados foram divididos em duas categorias: motivação no trabalho na ESF e suas dificuldades. Esta última foi subdividida nas seguintes subcategorias: a) problemas na organização do trabalho; b) usuários não compreendem a lógica organizativa da ESF; e c) dificuldades com a gestão.

A análise das informações colhidas é apresentada a seguir.

Motivação no trabalho na ESF

Em relação à motivação no trabalho na ESF, a possibilidade de renda fixa e estabilidade financeira foram pontos centrais destacados pelos CD, além do favorecimento de melhorar o nível de saúde da população. Outro fator muito lembrado foi a compatibilidade com o perfil profissional e a gratificação pessoal com o trabalho. Uma CD expressou-se sobre sua motivação de trabalhar na ESF: “Porque a ESF se adéqua a um modelo de assistência total ao indivíduo. A proposta de mudança garante o direito à saúde da população de forma plena e satisfatória, priorizando a prevenção e orientação da população em geral”.

Para os enfermeiros os principais fatores motivadores relacionam-se à compatibilidade com a área da saúde coletiva e com o modelo da ESF e a questão salarial. Assim um profissional expressou-se sobre o assunto: “O fato de gostar de trabalhar com saúde pública e saber da importância do trabalho preventivo”. Também houve este comentário: “Minha satisfação em trabalhar em uma área que me agrada, a boa remuneração, o trabalho junto a uma equipe extremamente agradável”.

Outros fatores de destaque para os enfermeiros relacionam-se à efetividade do serviço, reconhecimento profissional e maior autonomia no trabalho do enfermeiro.

Para os médicos, a motivação se dá pela rotina de trabalho sem estresse, compatibilidade com a filosofia da estratégia e possibilidade de ajudar pessoas carentes. Um dos médicos destacou como fator motivacional “a realização não somente do atendimento voltado à doença e sua cura, mas a realização de atividades educativas, o acompanhamento do doente”.

O estudo demonstrou que os profissionais, de maneira geral, acreditam na possibilidade de mudança da saúde pela ESF, principalmente pela potencialidade da sua filosofia, das suas melhorias apresentadas e a real possibilidade de resolubilidade.

Dificuldades na ESF

As principais dificuldades na ESF salientadas pelo grupo pesquisado foram os problemas na organização do trabalho, os usuários não compreendem a lógica organizativa da ESF e problemas de gestão.

Problemas na organização trabalho

A precarização do trabalho (falta de vínculo empregatício e salários defasados) foi um dos motivos alegados pelos CD, enfermeiros e médicos como geradores de desgaste profissional. Também o excesso de trabalho (muitas vezes causado pelo número grande de famílias pelas quais são responsáveis) e a baixa remuneração.

Os CD destacaram a questão da carga horária extensa, além de problemas, como a falha no sistema de referência e contrarreferência, a demanda elevada de pacientes, a necessidade de aumento de equipes, a falta de recursos gerais e especialmente de financiamento para recursos educativos e preventivos. Uma CD afirmou que é um desafio “aumentar o número de equipes e centro de especialidades.”

Estas questões também apareceram na pesquisa⁽¹⁶⁾, que demonstrou que a ESF para os CD foi consignada como um ideal generoso, mas contraditório. Trata-se de uma alternativa também insegura para os profissionais pela sobrecarga de trabalho, ausência de suporte tecnológico adequado, baixa remuneração, competitividade e dos constrangimentos da autonomia profissional, temas já referidos sobre o processo de trabalho na esfera privada.

Os enfermeiros pesquisados consideram que o principal problema da ESF é a falta de recursos materiais ou humanos, além da precarização do trabalho e espaço físico insuficiente. A falta de verbas para a realização de atividades educativas e preventivas e a necessidade de incorporação de profissionais de outras áreas também foram mencionadas.

A insuficiência de materiais e de medicamentos para o desenvolvimento do trabalho foi recorrente nas respostas dos médicos, que também enfatizaram as questões trabalhistas precárias, como falta de vínculo e alta rotatividade. Houve relatos de carga horária e remuneração incompatíveis. Outro estudo⁽⁴⁾ com estes profissionais também relatou problemas como a instabilidade trabalhista, a precariedade dos locais de trabalho, a falta de espaço físico adequado, recursos humanos, materiais e de medicamentos.

Pesquisa⁽¹⁶⁾ revela que, no país, 45,88% dos médicos e 43,67% dos enfermeiros são incorporados à ESF por meio de contratos temporários. Ao comparar a informação entre as regiões, verifica-se a ausência de alguma padronização na forma de contratação. À exceção da região Sul, na qual 41,77% dos médicos e 44,44% dos enfermeiros são contratados pelo Estatuto do Servidor Público e Centro-Oeste, na qual cerca de 50% dos médicos e enfermeiros são contratados pelo regime celetista, nas demais regiões predomina a precariedade dos vínculos empregatícios. No Norte, mais de 67% dos médicos e mais de 57% dos enfermeiros têm contratos trabalhistas temporários⁽¹⁶⁾.

A permanência dos profissionais de saúde na ESF, em especial a do médico, é considerada um dos nós críticos para sua consolidação. Em Anápolis, no período desta pesquisa, muitas USF estavam sem médicos. Esta investigação é, pois, condizente com os dados dos estudos^(1,5), que mostram ter a maioria dos médicos da ESF um perfil de recém-formado que ainda não têm carreira consolidada e para o qual o serviço público se apresenta como uma alternativa de “mercado de trabalho”.

Em pesquisa⁽²⁴⁾ realizada com gestores de grandes municípios, indicou-se que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa, os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados, ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade.

Usuários não compreendem a lógica organizativa da ESF

Cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos lembraram-se da desinformação das comunidades sobre a lógica organizativa da ESF como outro problema do trabalho. O desinteresse de muitos pelas atividades educativas e preventivas, privilegiando as práticas curativas. Para um dos CD entrevistados “a falta de informação da comunidade é o maior problema. Muitos veem a ESF como um postinho onde se trata de emergências”. Outro estudo⁽²⁵⁾ também aponta esta problemática.

Outro profissional CD relatou como desafio da ESF: “Aceitação da população de que o modelo de saúde não é mais o tradicional”.

Dificuldades com a gestão

As cobranças da gestão, como, por exemplo, a valorização da produção de atividades clínicas, foi mencionada pelos profissionais, o que tem reflexos na resistência à liberação dos trabalhadores para a realização de outros tipos de atividades, preventivas ou educativas. Permanece, pois, a visão de gestores voltada para o modelo biomédico tradicional, em detrimento do da promoção de saúde⁽²⁴⁾.

Outro problema de gestão lembrado pelos enfermeiros relaciona as falhas em virtude da falta de fiscalização e “desconhecimento de problemas na ponta do serviço, que comprometem toda a organização da estratégia da SF no município”.

Por apreender problemáticas do cotidiano do trabalho da ESF, o estudo oferece subsídios para a elaboração de projetos de educação permanente, pois a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que norteia a formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, atualmente, preconiza o reconhecimento da realidade para a construção de propostas coerentes com as necessidades formativas de cada município.

Por outro lado, a pesquisa também colabora para a compreensão dos limites do discurso, segundo o qual a formação constitui a única possibilidade para a transformação dos serviços. Há uma ideia equivocada de que a alteração do modelo de saúde está estritamente relacionada à formação de recursos humanos. Estes discursos raramente consideram as questões políticas e estruturais, como a precarização do trabalho e a falta de recursos, os impasses com a gestão, as contradições das portarias ministeriais, e a visão curativista e imediatista da população.

A educação dos trabalhadores com perfil para o trabalho de saúde coletiva com perfil para a promoção da saúde coletiva é sem dúvida imprescindível para o desenvolvimento desta nova abordagem em saúde, porém, as ações neste sentido devem ser mais amplas, envolvendo a politização e luta pelo direito da dignidade dos trabalhadores da ESF. Isto significa melhores condições de trabalho e reconhecimento da importância dos profissionais para a mudança dos quadros de saúde no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa contribuiu para revelar e os rumos que esta tem tomado neste município. Levantam-se dados comparativos do perfil dos profissionais em relação aos problemas vividos, às questões formativas, aos fatores motivacionais e também às dificuldades no trabalho da ESF.

Conclui-se que o perfil do profissional de nível superior que atua na Estratégia Saúde da Família de Anápolis – GO é principalmente do sexo feminino, jovem, residente na cidade, com curso de pós-graduação e que acredita na proposta da ESF.

Nesse sentido, a investigação colabora para repensar das atividades dos profissionais e suas implicações na resolubilidade dos serviços. Constatou-se que o perfil do enfermeiro é o que mais se aproxima da ESF, seguido pelo do cirurgião-dentista e o do médico. A questão da pós-graduação em saúde coletiva e a ênfase nas atividades preventivas pelos enfermeiros são fatores relevantes neste perfil.

Fonte financiadora:

FUNADESP (Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família. Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília; 2000.
4. Rocha AARM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos da Estratégia Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):303-16.
5. Nóbrega JSM. Perfil dos profissionais nas Equipes da Estratégia Saúde da Família em Macaíba/RN [acesso em 2005 Set 16]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20two.pdf.
6. Mendes EV. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. Cad Saúde Pública. 1986;2(4):533-52.
7. Cervo AL, Bervian PA, Silva R. Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Person Prentice Hall; 2007.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília, DF; [acesso em 2008 Out 10]. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=52.
10. Prefeitura Trabalhando [acesso em 2008 Out 17]. Disponível em <http://www.anapolis.go.gov.br/>.
11. Bardin L; Pinheiro A, Reto LA, tradutores. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
12. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Jr RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). Rev Odonto Ciência. 2007;22(55):48-54.
13. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciênc Saúde Col. 2006;11(1):219-27.
14. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005;21(2):490-8.
15. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(3):7-18.
16. Machado MH, coordenadora. Perfil dos médicos e enfermeiros de saúde da família no Brasil [acesso em 2008 Nov 6]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html.
17. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. Interface Comun Saúde Educ. 2008;12(24):153-67.
18. Sória ML, Bordin R, Costa Filho LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1551-9.
19. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. Rev Saúde Pública. 2006;40(6):1019-26.
20. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília; 2004.
21. Ministério da Saúde (BR). Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da Saúde [acesso em 2008 Ago 15]. Brasília; 2004 Disponível em: <http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/ms2aprenderSUS2004.pdf>.
22. Ministério da Saúde (BR). Pró-saúde: Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde [acesso em 2008 Ago 05]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf.

-
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de atenção básica, Coordenação de saúde bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [acesso em 2008 Set 20]. Brasília; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
 24. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev Adm Pública. 2008;42(2):347-68.
 25. Navarro DR, Pereira, GA, Pereira, ICV, Araújo, KM. Um estudo das práticas dos (as) enfermeiros (as) em Saúde Coletiva no Programa Saúde da Família no município de Poços de Caldas (MG). Rev PUC Minas Poços de Caldas. 2011; 2(1): 1-7.

Endereço primeiro autor:

Paula dos Santos Espíndola
Rua 50 A, 430
Bairro: Centro
CEP: 76680-000 - Itapuranga - GO - Brasil
E-mail: paulaspindola@yahoo.com

Endereço para correspondência:

Cristiane Lopes Simão Lemos:
Instituto de Ciências Biológicas - Universidade Federal de Goiás
Campus Samambaia
CEP: 74001-970 - Goiânia - GO - Brasil
E-mail: cristianeprofessora@yahoo.com.br