

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DIFICULDADES E/OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS
QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO

Natal/RN

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO

**DIFICULDADES E/OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS
QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes

Natal /RN

2008

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO

**DIFICULDADES E/OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS
QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como exigência para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em _____ de _____ de 2008, pela banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes (Orientadora)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa (Titular)

Departamento de Enfermagem da EERP / USP

Prof^a Dr^a Bertha Cruz Enders (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof^o. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres (Titular)

Departamento de Enfermagem da UFRN

DEDICATÓRIA

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Pessoa)

Dedico este trabalho a minha Mãe Edna, meu exemplo de vida, pelo amor infinito e estímulo em todos os momentos de minha vida.

Ao meu Pai Manoel Pinto Filho, pelo amor incondicional e confiança depositada em mim a vida inteira.

A minha irmã Edla, pelo cuidado e carinho.

A minha avó Maria das Virgens, pela sua incansável dedicação.

Aos meus avôs Manoel Pinto, Vicente e Maria Pinheiro (in memoriam) pelos valiosos ensinamentos da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, da sabedoria e pela coragem para realizar tudo que desejo em minha vida.

A Professora Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes, por me conduzir desde a graduação e pela confiança depositada, minha eterna gratidão pelo incentivo à pesquisa e a docência, enfim, por todos os seus valiosos ensinamentos.

Aos meus tios (as) e primos (as) pelo estímulo de coragem.

A Régina e Regina pela convivência do dia a dia e pela disponibilidade em estarem sempre prontas para ajudar.

Aos meus colegas de mestrado, Cléa Moreno, Cristiane Ramos, Cristiane Melo, Dulcian, Janmili, Jailson, Késsia, Lauriana, Lucila, Cléia Viana, Fátima, Lourdes, Neuma, Priscila, Sandra, Vilani e Wanessa pelo compartilhar das nossas experiências. E em especial a minha amiga Vila, companheira de luta constante e de uma valiosa admiração.

Ao corpo docente e funcionários da graduação e da pós-graduação, pelo apoio durante o desenvolvimento do Curso de Mestrado.

Aos professores Dr^a. Bertha Enders, Dr^o Gilson Vasconcelos e Dr^a. Alice Uchoa por terem me proporcionado grandes reflexões na banca de qualificação.

Aos meus colegas da Universidade Potiguar e da Secretária de Saúde de Ceará-Mirim pelo compartilhar dos meus momentos de angústia e incentivo de perseverança. E em especial a minha querida amiga Valéria, companheira fiel e dedicada, a quem tenho enorme carinho.

A Renata Melo e Cezimar Claudino, pelo consentimento e oportunidade que me foi concedida em realizar a coleta de dados no Município de Ceará-Mirim.

Aos profissionais das Equipes de Saúde da Família que participaram desse estudo.

A Denise Rego, pela ajuda inesquecível na reta final desse trabalho.

A Raphael Nepomuceno, pela valiosa colaboração na realização do abstract.

Ao estatístico Davi, pela sua orientação.

A batalha foi grande, os desafios enormes, os obstáculos inesquecíveis e as renúncias constantes, mas, maior foi a vontade de vencer.

Hoje, batalha conquistada: sorriso nos lábios, lágrimas de felicidade, coração palpitante e a certeza de que o sabor da vitória depende da intensidade da luta.

A todos vocês que contribuíram de forma direta ou indireta para esta nova etapa da minha vida, os meus sinceros agradecimentos.

Tenham a certeza que todos vocês foram muito importantes nessa conquista.

Muito obrigada!

EPÍGRAFE

Para aquelas pessoas que fazem meu coração sorrir.

Para aqueles que sempre estiveram junto até mesmo quando eu não estava disposta.

Para as pessoas que me ajudaram a me levantar quando caí.

Para as pessoas que fizeram a diferença em minha vida.

Para as pessoas que quando olho para trás, sinto muitas saudades.

Para as pessoas que me aconselharam quando me senti sozinha, e me ajudaram a entender que não importam em quantos pedaços meu coração tenha se partido, pois o mundo não irá parar para que eu o conserte.

Para as pessoas que me deram força quando eu não estava muito animada.

Para as pessoas que amei.

Para as pessoas que abracei.

Para as pessoas que encontro apenas em meus sonhos.

Para as pessoas que encontro todos os dias e não tenho a chance de dizer tudo o que sinto olhando nos olhos.

Para mim o que importa não é O QUE eu tenho na vida, mas QUEM eu tenho na vida.

Por isso guardo todas as pessoas importantes da minha vida no meu coração.

(Autor desconhecido)

PINTO, Erika Simone Galvão. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família.** Natal, 2008.123 p. Dissertação (mestrado em enfermagem).. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal / RN, 2008.

Estudo descritivo, quantitativo, com o objetivo de analisar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Ceará-Mirim, RN. A população incluiu 190 profissionais de saúde que integram as equipes de saúde da família e a coleta de dados ocorreu no local de trabalho após reunião com a aplicação de um questionário. Os resultados foram organizados em planilha excel, com análise estatística descritiva em tabelas, gráficos e quadros através de frequências, médias e desvio padrão. Há predominância do sexo feminino (n=137) e índices maiores em quase todas as profissões, e maior média de idade (38,9% e DP= 7,8) e renda salarial (média = 10) na categoria médica. Quanto às atividades mais desenvolvidas, para médicos e enfermeiros são as ações do cuidado em saúde na Unidade, higiene bucal para os odontólogos, imunização para os auxiliares de enfermagem (Aux. Enf.) reunião educativa para os auxiliares de consultório dentário (ACD), e visita domiciliar para os agentes comunitários de saúde (ACS). Sobre as facilidades do trabalho, 93,2% referiram ser a presença de profissionais com perfil em saúde pública; quanto às dificuldades, 86,8% dos profissionais citaram à indisponibilidade de material, seguidas da faixa salarial referida por enfermeiros (80,9%), odontólogos (80,0%), médicos (73,3%), ACS (83,1%) e Aux. e Enf. (90,5%). Em relação às condições de trabalho, a indisponibilidade de materiais foi a mais citada com exceção dos odontólogos que referiram a melhoria salarial. Identifica-se ainda, entre essas dificuldades: a disponibilidade de medicamentos considerada como grau um de empecilho pelos ACS e pelo médico, a modalidade de vínculo contratual em grau dois citada pelo ACD e o odontólogo; e em grau três, a faixa salarial citada pelos odontólogos e auxiliares de enfermagem. Conclui-se, que às dificuldades e facilidades enfrentadas pelos profissionais da ESF são divergentes entre si. Para os médicos e enfermeiros, cujas ações em saúde centralizam-se no atendimento aos grupos específicos, ao indivíduo e a família, as suas dificuldades relacionam-se a indisponibilidade de materiais. Para os odontólogos, cujas ações mais citadas foram aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada, sua dificuldade maior é a faixa salarial. Quanto ao aux. de enf., ACD e ACS para todos eles, a indisponibilidade de materiais tem dificultado a realização das suas atividades na ESF.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Promoção em saúde. Condições de trabalho.

ABSTRACT

PINTO, Erika Simone Galvão. **Positive and/or negative aspects experienced by professionals working in Family Health Strategy.** Natal, 2008.123 p. Dissertation (Master's Degree nurse). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal / RN, 2008.

Descriptive and quantitative study, with the objective of review the positive and negative aspects experienced by professionals working in the Family Health Strategy (ESF) of Ceará-Mirim town, at Rio Grande do Norte state. The population included 190 healthcare professionals that integrate the family healthcare staff and the data-collection occurred in a meeting at their workplace, with the implementation of a questionnaire. Results were organized in Microsoft Excel spreadsheet software, with descriptive statistical analysis in tables, graphs and tables through frequencies, averages values and standard deviations. There is a predominance of females (n = 137) and higher rates in almost all professions, and higher average age (38.9%, SD = 7.8) and income wage (average = 10) in the medical category. Regarding the more developed activities, for physicians and nurses are the healthcare actions in the Unit, the oral hygiene for dentists, the immunization for auxiliary nurses (Aux-N), educational meeting for the dental office assistants (ACD), and home visitations to community-based health workers (ACS). About the easiness of work, 93.2% said to be presence of professionals with a personal profile in public healthcare; about the difficulties, 86.8% of professionals cited the unavailability of material, followed by salary range reported by nurses (80.9%), dentists (80.0%), physicians (73.3%), ACS (83.1%), and Aux-N (90.5%). In relation to working conditions, the unavailability of materials was the most mentioned, with the exception of dentists who reported improvement in wages. We still identify among these difficulties: the drugs availability regarded as first grade obstacle by ACS and physicians, the type of contracts in second grade cited by the ACD and dentists and, in third grade, the salary range cited by dentists and auxiliary nurses. It is concluded that the difficulties and easiness faced by ESF professionals are divergent among themselves. For physicians and nurses, whose healthcare actions become directed to specific groups, the individual and the family, their difficulties relate to the unavailability of materials. For dentists, whose actions more quoted were topical application of fluoride and supervised toothbrush, their greatest difficulty is the salary range. As to the Aux-N, ACD and ACS, for all of them the unavailability of materials has hindered the implementation of their activities in ESF.

Keywords: Family Health Program. Health promotion. Working conditions

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais da ESF, segundo as variáveis sócio demográficas e o ano de conclusão de graduação, Ceará-Mirim, RN, 2007	60
Tabela 2	Distribuição dos profissionais da ESF, de acordo com as variáveis de tempo de serviços, horas diárias de trabalho e quantidade de folga semanal, Ceará-Mirim, RN, 2007.	62
Tabela 3	Distribuição dos profissionais de nível médio da ESF, em relação a variável capacitação na área de saúde pública, Ceará-Mirim, RN, 2007.	65
Tabela 4	Distribuição dos profissionais de nível superior da ESF, segundo a realização de cursos de pós-graduação na área de saúde pública, Ceará-Mirim, RN, 2007.	66
Tabela 5	Distribuição dos profissionais da ESF, segundo as atribuições por categoria profissional, Ceará-Mirim, RN, 2007.	68
Tabela 6	Distribuição das situações de facilidades e dificuldades vivenciadas no trabalho pelos profissionais da ESF, segundo a sua opinião, Ceará - Mirim, RN, 2007.	71
Tabela 7	Distribuição da variável facilidade vivenciada no trabalho por profissionais da ESF, segundo a categoria profissional, Ceará-Mirim, RN, 2007.	73
Tabela 8	Distribuição da variável dificuldade vivenciada no trabalho por profissionais da ESF, segundo a categoria profissional, Ceará-Mirim, RN, 2007.	76
Tabela 9	Distribuição dos profissionais por categoria profissional da ESF, segundo os três maiores empecilhos para a realização do seu trabalho, Ceará-Mirim, RN, 2007.	79
Tabela 10	Distribuição dos profissionais por categoria profissional da ESF, segundo os empregos/locais de trabalho, Ceará-Mirim, RN, 2007.	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos profissionais de nível médio da ESF, segundo a realização de cursos de capacitação na área de saúde pública, Ceará-Mirim, RN, 2007....	64
Gráfico 2	Distribuição dos profissionais de nível superior da ESF por categoria, segundo a realização de cursos de pós-graduação na área de saúde pública, Ceará-Mirim, RN, 2007.	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição das ações desenvolvidas e das condições facilitadoras de trabalho dos auxiliares de enfermagem na ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.	83
Quadro 2	Distribuição das ações desenvolvidas e as condições facilitadoras de trabalho dos auxiliares de consultório dentário na ESF, de acordo com as suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.	84
Quadro 3	Distribuição das ações desenvolvidas e das condições facilitadoras de trabalho dos agentes comunitários de saúde na ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.	85
Quadro 4	Distribuição das ações desenvolvidas e das condições facilitadora de trabalho dos médicos na ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.	86
Quadro 5	Distribuição das ações desenvolvidas e as condições facilitadoras de trabalho dos enfermeiros da ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.	88
Quadro 6	Distribuição das ações desenvolvidas e as condições facilitadoras do trabalho dos odontólogos da ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
COSASEMS	Conselho de Secretários Municipais de saúde
CONASS	Conselho de Secretários Estaduais de Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde

PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de regionalização
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SAAE	Serviço Autônomo de Água e Esgotos
SAS	Secretária de Assistência à Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice A Distribuição das Equipes de Saúde da Família no município de Ceará -
Mirim, R.N, 2007

Apêndice B Questionário

Anexo A Autorização para aplicação da pesquisa

Anexo B Autorização da Instituição

Anexo C Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

RESUMO	.....	viii
ABSTRACT	.....	ix
LISTA DE TABELAS	.....	x
LISTA DE GRÁFICOS	.....	xi
LISTA DE QUADROS	.....	xii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	.....	xiii
LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS	.....	xv
1	INTRODUÇÃO	
1.1	Abordagem do tema e problematização	19
1.2	Justificativa do estudo	25
1.3	Objetivos	26
2	REVISÃO DE LITERATURA	
2.1	A Produção dos serviços de saúde: a clínica e a epidemiológica	29
2.2	A Assistência em saúde no Brasil	32
2.3	O Contexto da Estratégia de Saúde da Família	39
2.4	A Estratégia de Saúde da Família x processo de globalização e suas consequências	43
2.5	A Estratégia de Saúde da Família x Organização de Serviços de Saúde	48
3	METODOLOGIA	
3.1	Tipo de pesquisa	52
3.2	Local da pesquisa	52
3.3	População	54

3.4.	Procedimentos de coleta de dados	55
3.4.1.	Instrumento	55
3.4.2.	Pré-teste.....	55
3.4.3.	Aspectos éticos da pesquisa	55
3.4.4.	Coleta de dados	56
3.5.	Tratamento e análise dos dados	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 .	Caracterização dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família	59
5	CONCLUSÃO	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7	REFERÊNCIAS	100

APÊNDICES

ANEXOS

“Todo desejo inicial é difícil. Sábio é aquele que não desamina com os tropeços”.

(Epcteto)

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Abordagem do tema e problematização

A complexidade que envolve a questão de saúde em relação aos problemas da população, o seu perfil epidemiológico, e mesmo em relação ao sistema de saúde e a sua organização, não significam uma impossibilidade de se poder enfrentá-la.

O atual modelo assistencial de saúde pauta sua prática sanitária na vigilância à saúde e tem ampliado a atuação do modelo anterior, curativista, para dar conta da globalidade do processo saúde-doença e orientar a reformulação das práticas assistenciais e coletivas (MENDES, 1996).

As estratégias de intervenção dessa prática correspondem ao controle de condicionantes e determinantes dos danos e riscos à saúde e de suas causas. Entre as ações mais comumente desenvolvidas para atender a esses elementos citam-se: a promoção à saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes, a atenção curativa e de reabilitação.

Para Mendes (1996) existem três pilares que sustentam a nova prática sanitária: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade. A concepção de território em vigilância à saúde transcende à idéia de espaço físico territorial para dar lugar ao território dinâmico. O território processo é também econômico, político, cultural e sanitário.

Entende-se que para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) os profissionais que compõem a equipe deverão incorporar o princípio da vigilância à saúde. Este princípio contribui para a reorientação do modelo assistencial à medida que orienta uma investigação integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença.

Os problemas de saúde devem ser entendidos como a representação social de necessidades sanitárias, derivadas das condições de vida. O enfoque da vigilância à saúde supera a formatação reducionista adotada pelos programas verticais que não dão conta de responder aos desafios de uma realidade e propõe, através do reconhecimento do território-processo, identificar, descrever e explicar os macroproblemas de saúde. Para isso, faz-se necessário articular um conjunto de operações intersetoriais destinadas a resolvê-los.

A intersetorialidade propõe uma unificação do fazer e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade da ação humana. Parte da concepção que problemas complexos que se manifestam num território-processo não podem ser enfrentados numa perspectiva uni setorial (MENDES, 1996). Uma estratégia de organização desse sistema de saúde, coerente com a ótica da produção social da saúde e a criação de ambientes

saudáveis é a Estratégia de Saúde da Família que consiste no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde.

A ESF é uma estratégia nacional inspirada em experiências advindas de outros países cuja saúde pública alcançou qualidade, através do investimento na promoção da saúde, como foi o caso de Cuba, da Inglaterra e do Canadá. No Brasil foi precedida pela criação do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Ceará em 1987 (programa a nível estadual) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (programa a nível de Ministério da Saúde) em 1991 (VIANA; DAL POZ, 2005).

A implementação do PACS e da ESF ocorreu por adesão espontânea dos Estados e Municípios que devem assumir o compromisso com os seguintes requisitos: estar habilitado na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96), ter aprovação de sua implantação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a adesão a ESF deve ser solicitada, pelo município, à Secretária Estadual de Saúde (BRASIL, 1997a).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) constituem-se de instrumentos que regulamentam o sistema de saúde. Sublinhe-se que as referidas normas definem a forma de transferência de recursos interinstâncias de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, além de instruírem o processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

A última NOB, editada na década de 1990, (a NOB/96), instituiu que os municípios habilitados na condição de gestão plena (toda a renda de unidades prestadoras de serviços básicos vinculados ao gestor municipal) assumissem a responsabilidade sobre o conjunto de ações e serviços no âmbito de seu território. (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Esta NOB também instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), que consiste no desenvolvimento das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica e de controle das doenças.

Segundo Viana e Dal Poz (2005) a NOB-96 vêm cooperar com a política de saúde e conseqüentemente com a implementação da ESF, cujo objetivo é reorganizar a prática assistencial de saúde em substituição ao modelo tradicional de assistência hospitalocêntrico, através do enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais e tão somente o indivíduo. Não se trata de um atendimento simplificado, pelo contrário, trata-se de uma expressão da atenção básica de saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população.

A atenção das equipes de saúde da família está voltada para a família, entendida e percebida no seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções com a população adscrita quando necessário. Essa estratégia surge como um modelo de assistência a saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade através de equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção básica (BRASIL, 1994).

Para o Ministério da Saúde (MS) a atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltados para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Nesse modelo de atenção a saúde deixa de ser vista de forma curativa, individual e isolada do contexto social (BRASIL 1999).

De acordo com Viana e Dal Poz (2005), a atenção básica de saúde tem sido associada a uma assistência de baixo custo (muito embora envolva tecnologias e pessoal qualificado e que também haja uma exigência de recursos), cuja meta principal é a reestruturação do modelo assistencial de saúde vigente (curativista, hospitalocêntrico) para o modelo centrado na atenção básica.

Dentre os aspectos relevantes na ESF estão a territorialização (limitação de área) com a adscrição (delimitação de uma área geográfica sob a responsabilidade da equipe de ESF) da clientela, a criação de vínculo da equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de sua área de abrangência. Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família, uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, na qual se desenvolvem ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 1997a).

Alguns questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias que envolvem o Programa Saúde da Família (PSF), lançado como programa 1994, e posteriormente, em 1997, denominado como estratégia para diferenciar-se dos demais programas produzidos pelo MS (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o, como estratégia de reorientação do modelo assistencial e sua implantação segue abrigando tal dicotomia: de um lado ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, de outro, reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do

Sistema Único de Saúde (SUS), a universalidade, a integralidade e a igualdade, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Segundo esses autores, o modelo assistencial vigente nos serviços de saúde é guiado pela ótica hegemônica neoliberal que, na prática, acaba definindo as conformações tecnológicas dos serviços. O trabalho em saúde é realizado de forma coletiva, por diferentes profissionais que desenvolvem a divisão parcelar do trabalho. Por sua vez, o processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos, profissionais que se organizam para produzirem serviços de modo a prestarem à assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Portanto, pensar na ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com as práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Como principais inovações dessa estratégia, podem-se citar a busca por uma maior compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada às famílias de uma área adscrita.

Para se operacionalizar a ESF deve-se adequá-la às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais, quais sejam: o seu caráter substitutivo, a hierarquização, a territorialização e a equipe multiprofissional (BRASIL, 1997b).

A ESF não está necessariamente incorporada às tecnologias avançadas, e isto não significa que esta estratégia esteja relacionada a um retrocesso, conforme a compreensão que se tinha de que a ESF corresponderia a uma medicina simplificada que estaria destinada aos pobres (CORDEIRO, 1996).

Dessa forma, um impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. É dessa forma que ela prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família.

Assim sendo, para a reorganização da atenção básica, o modelo de assistência à saúde com foco na vigilância a saúde, ESF, reconhece a necessidade de reorientação das práticas de saúde como também a renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida.

Na atual conjuntura político-social de consolidação da ESF observam-se na prática dos profissionais alguns fatores (instabilidade, falta de recursos) que, em determinado momento, dificultam o desempenho das suas funções. Tais fatores em muito tem contribuído

para dificultar a consolidação dessa estratégia. Alguns deles têm sido alvos de críticas por parte da população usuária desses serviços e foco da análise de pesquisadores e especialistas.

A ESF vem se configurando como um novo mercado de trabalho e no momento, percebe-se uma tensão na prática de saúde entre um saber clínico e as ações de caráter preventivo-promocional, priorizadas por essa estratégia de saúde. Surge então a inquietação acerca do por que da ausência da vigilância em saúde, da ausência do trabalho em equipe e da grande rotatividade dos profissionais que compõem a ESF. Seria então resultado da precarização do trabalho?

Para Castel (1998), a precarização do trabalho em saúde é comandada pelas exigências tecnológicas e econômicas da evolução do capitalismo moderno.

É o fenômeno que suscita uma nova questão social, cujo núcleo seria novamente, tal qual o pauperismo foi na primeira metade do século XIX, a existência de inúteis para o mundo e, em torno deles, de situações marcadas pela instabilidade e pela incerteza do amanhã, que atestam o crescimento de uma vulnerabilidade de massa (Castel, 1998, p. 593).

Segundo Pestana et al (2005) são consideradas condições precárias de contratação, aquelas em que o trabalhador não tem garantias trabalhistas (são contratados temporariamente e apenas, se necessário, o contrato é renovado).

A precarização do trabalho em saúde revela uma fragilidade da concretude da ESF, podendo comprometer sua efetividade. Tornar-se prioritário trazer reflexões que objetivem ir ao encontro de estratégias, que possam subsidiar a busca da regulamentação definitiva do vínculo empregatício desses profissionais.

O aumento da precarização nas modalidades de contratações provoca o desperdício das verbas públicas, pois se investe na capacitação, no entanto, progressivamente os profissionais abandonam a equipe por não haver vínculo empregatício o que provoca descontinuidade no trabalho prejudicando cidadãos, famílias e comunidade num franco retrocesso à consolidação das diretrizes do SUS.

Para os profissionais que compõem as equipes da ESF e que vivenciam esse contexto em saúde as opiniões divergem; de um lado, estão os que acreditam e lutam pela sua consolidação, de outro, os que o vivenciam, mas também reclamam e se dizem diante de poucas possibilidades e muitas dificuldades para a sua viabilização: a escassez de equipamentos, a instabilidade no emprego devido a falta de vínculo (que propicia a alta rotatividade e conseqüentemente a falta de entrosamento desses profissionais), além da falta

de perfil em saúde pública, da maioria dos que são contratados, são obstáculos a serem superados.

Segundo Silva Jr e Mascarenhas (2004) a proposta de trabalho para o serviço parte da orientação do padrão da composição da equipe, do perfil dos profissionais desde o processo seletivo, da capacitação, dos conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até as características operacionais de supervisão e da avaliação de pessoal.

Dessa forma, compreende-se haver a necessidade de profissionais com perfil em saúde pública para atuar na ESF, assim como uma estrutura de trabalho (física, material e financeira) para que esses profissionais ajudem na articulação entre a comunidade, a equipe técnica e os gestores. Compreende-se também, que há necessidade de outras estratégias locais para promover a melhoria da organização dos serviços.

Considerando os aspectos anteriormente destacados elaborou-se o seguinte questionamento:

- Quais as facilidades e dificuldades vivenciadas no dia a dia pelos profissionais da ESF?

Diante da problemática descrita tem-se como objeto deste estudo as dificuldades vivenciadas pelos profissionais para consolidar efetivamente este modelo assistencial de saúde. Assim, as divergências de modalidade contratual, a diferença salarial entre profissionais de mesmo nível, a não disponibilidade de equipamentos, instrumentos e insumos, as variações na carga horária, perfil profissional, a dificuldade de implementação do trabalho em equipe e mesmo a formação profissional são o foco da presente investigação.

Especificado o objeto de estudo, é importante dizer que se espera que em breve novas abordagens técnico-científicas surjam para contribuir direta ou indiretamente com os gestores de saúde e os profissionais da ESF e que os empecilhos vivenciados sejam minimizados, de modo que a ESF se consolide efetivamente enquanto modelo assistencial de saúde.

1.2 Justificativa do estudo

A necessidade em desenvolver um estudo sobre as dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a ESF surge à medida que se tem averiguado que a atenção básica de saúde no Brasil é marcada por problemas de organização dos serviços, perfil pouco adequado dos seus profissionais e a atual precarização do trabalho em saúde.

Foram vários os motivos que levaram a realizar esse estudo. Entre os quais, tentar compreender melhor o contexto atual da atenção básica de saúde e do desenvolvimento do trabalho dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família. Ao mesmo tempo, que os resultados possam contribuir para a melhoria da gestão de saúde do município e das equipes da ESF, no sentido de trazer novos esclarecimentos sobre a realidade de trabalho e a possibilidade de mudanças no sentido de melhorias para a reorganização do atendimento em nível de atenção básica de saúde.

A escolha da temática, foco desse estudo surgiu como fruto da minha experiência profissional como enfermeira, atuando há dez anos como Coordenadora do PACS no Município de Ceará-Mirim/RN, o que possibilitou uma melhor compreensão do funcionamento da ESF, cujo objetivo é a ênfase na atenção básica. No momento em que o município tinha apenas o PACS como modelo de atenção em saúde, os 119 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram supervisionados por 02 enfermeiras concursadas, com especialidade em saúde pública. Após a implantação da ESF, o referido município passa então a ter 02 coordenadoras de atenção básica, uma para a ESF e outra para o PACS. Continuando na coordenação do PACS e percebendo o funcionamento dessa nova estratégia do MS, foi possível fazer uma reflexão sobre o trabalho desses profissionais.

Ingressando no programa de Mestrado de Enfermagem da UFRN e continuando na equipe técnica da SMS, decidi identificar as dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais da ESF, de acordo com a compreensão de cada profissional. Realizar uma pesquisa dessa natureza não significa apenas contribuir com o município em estudo, mas com a política de saúde brasileira em prol do modelo assistencial de saúde voltado para o atendimento básico da população. Espera-se que a apresentação dos resultados possa contribuir para o maior entendimento dos impasses inerentes a consolidação efetiva de tal proposta.

Ao realizarmos esta pesquisa, esperamos ainda que os resultados venham subsidiar os gestores, a equipe técnica da secretária municipal de saúde e os profissionais que compõem a ESF com informações que os ajudem a intervir positivamente através dessa estratégia de saúde e conseqüentemente oferecer a comunidade uma assistência voltada para atenção básica de boa qualidade.

Portanto, este estudo torna-se relevante na medida em que possibilita uma caracterização dos profissionais que atuam na ESF e, principalmente, ao indicar algumas mudanças necessárias para a melhoria das condições de trabalho.

1.3 Objetivos

Geral:

- Analisar as dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao desenvolverem as suas atividades na Estratégia de Saúde da Família.

Específicos:

- Caracterizar aspectos sócios demográficos e de trabalho que caracterizam os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Ceará-Mirim/RN;
- Descrever as ações e atividades desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família;
- Identificar a capacitação dos profissionais das equipes de saúde, segundo as áreas estratégicas da atenção básica;
- Identificar as dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao desenvolverem as suas atividades na Estratégia de Saúde da Família.

“O dia está na minha frente esperando para ser o que eu quiser. E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma. Tudo depende só de mim”.

(Charles Chaplin)

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

A literatura pertinente está dividida por partes, tituladas de acordo com subtemáticas que permeiam e subsidiam o desenvolvimento do presente estudo.

A princípio, parte-se da perspectiva do contexto da produção dos serviços de saúde de acordo com o modelo clínico e epidemiológico de assistência à saúde. Em seguida, discute-se a assistência médica no Brasil, além do contexto da Estratégia de Saúde da Família, o processo de globalização e suas conseqüências e ainda, a organização de serviços de saúde.

2.1 A produção dos serviços de saúde: a clínica e a epidemiológica

O modelo clínico, flexneriano, centrado no indivíduo, na doença e no hospital, foi criticado por Bertrand Dawson, médico inglês que se opunha a separação entre a medicina preventiva e curativa e indicava uma atuação coordenada por médicos generalistas, capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre as comunidades numa franca proposta de reestruturação dos serviços de saúde inglesa. Esse relatório se baseava no princípio do Estado como provedor e controlador de políticas de saúde cujos serviços seriam responsáveis pelas ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas e a regionalização de serviços de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Ocorreu nesse período um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que não estava preparado para responder às novas evidências e idéias. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional. Deu origem ao Relatório Flexner, de 1910, que posteriormente instituiu o ideário que manteve-se hegemônico no campo da saúde até a alguns poucos anos (MENDES-GONÇALVES, 1994). Entre as reformas implementadas no ensino médico de então, se destacam, o aumento da duração dos cursos para quatro anos, com o ensino de laboratório; a vinculação das escolas médicas às Universidades e, com isso, à pesquisa e ao ensino; a ênfase na pesquisa biológica e o reforço a especialização.

Com o progresso médico alcançado no ensino, na pesquisa e na prática, foi se consolidando o paradigma curativista caracterizado pelo mecanicismo (tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando em um corpo, sempre produzindo um efeito). Incorpora-se então, a noção de unicausalidade: uma causa, produzindo um efeito; o

biologicismo (as doenças e sua cura sempre ocorrendo no nível biológico); o individualismo (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto dessa ação o contexto ambiental, o social e o histórico) e a especialização. O curativismo, como referido, é o elemento primordial, pois, como a saúde é a ausência da doença em um indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo.

Assim, a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestavam alguma doença. A situação de morbi-mortalidade no transcorrer do século XIX foi se alterando, através da diminuição dos índices das doenças transmissíveis e o conseqüente aumento das doenças degenerativas, devido essencialmente à melhoria das condições gerais de vida da população mais do que aos progressos médicos mencionados. Nesse período, o modelo de atenção a saúde vigente precisa se adequar à evolução natural das condições de vida da população e diante dessa realidade, surgem novos conceito em saúde (MENDES, 1996).

Como conseqüência mais imediata desse processo de mudanças e de perfis de morbi-mortalidade, ocorre um deslocamento da ênfase curativa para a prevenção, resultando no que se poderia reconhecer como uma crise no curativismo, pelo menos em nível teórico. Essa crise foi mais além, pois os fatores que condicionavam a saúde não se limitavam aos elementos tradicionais do processo saúde-doença, conforme descrito pelos partidários do flexnerianismo que eram a doença, o diagnóstico, a terapia e a recuperação da saúde.

O processo saúde-doença deve ser entendido como um processo histórico e dinâmico determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante da estrutura social a que pertence. Constitui-se a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade de vida social, e está articulado ao aspecto econômico, político, social, de relacionamento familiar e de responsabilidade humana (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Segundo Egry (1996), trata-se de um processo que aproxima o pólo doença não apenas dos sofrimentos físicos, mas também dos psíquicos, morais e éticos. Além disso, tem relação com a capacidade vital, com o perfil de morbidade e mortalidade, articulando-se ao processo de desenvolvimento e crescimento do indivíduo. Não se constitui de um processo individual, tampouco se refere exclusivamente à dimensão biológica do homem. É um processo particular de cada sociedade que expressa, a nível individual, as condições coletivas de vida, resultantes das características concretas dos perfis de produção e consumo e as conseqüências destes perfis nas diferentes formas de vida.

A conceituação do processo saúde-doença tem motivado discussões que recolocam em foco a percepção de homem, de sociedade, de conflito, de desigualdade, enfim de inúmeros fatores que, cada vez mais, são compreendidos numa relação múltipla com a questão saúde (LUMÊNA; TANAKA, 1998).

A superação desse entendimento da saúde como fenômeno estritamente biológico, resgatando sua inserção na realidade de vida de cada indivíduo e do grupo social no qual este se insere, é hoje tema bastante discutido.

A proposta de assistência integral à saúde busca transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, entre prevenção e cura, recolocando o ser humano (individual ou coletivamente) como centro norteador da atenção. Ressalta-se ainda a importância de se criar condições para que o setor saúde faça acompanhamento e vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, dando resposta às intercorrências ali presentes da forma mais global e participativa possível. Assim, o sistema de saúde integra a rede de relações sociais em que os indivíduos e grupos se inserem, contribuindo para um maior engajamento destes, como atores da construção de uma sociedade com melhores condições de vida (LUMÊNA; TANAKA, 1998).

Esta nova forma de ver a intervenção sobre o coletivo e o individual traz outras questões para o saber científico sobre a saúde e doença e passa a ser um instrumento para a construção de uma nova modalidade de atenção, a vigilância epidemiológica (MENDES, 1996). Em termos de seus procedimentos operativos e em termos de seus resultados, o conhecimento da saúde-doença em sua dimensão coletiva acha-se codificado basicamente na epidemiologia.

Segundo Rouquayrol (2003), a epidemiologia é uma ciência que estuda o processo saúde-doença, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva. Propõe medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças. Fornece ainda indicadores de saúde que servem de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

A epidemiologia se constitui num modelo sistematizado do conhecimento sobre a saúde e a doença enquanto fenômenos coletivos, mas não se constitui no único modelo (GONÇALVES, 1994).

No âmbito de discussão da ESF prevalece à dúbia dicotomia entre a epidemiologia e a clínica. A primeira vista, como a parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporada ao mundo liberal, individualista e, portanto, rejeitada pelas propostas assistenciais formuladas no âmbito da saúde coletiva (MERHY et al., 2006).

A ESF ao mesmo tempo em que possui a vigilância em saúde como princípio norteador da prática profissional, encontra dificuldade por parte dos profissionais para colocarem em prática este princípio. A presença mais efetiva da prática profissional de natureza biológica, individualista, com respostas pontuais de procedimentos curativos e individuais, vem dificultando as ações de âmbito coletivo. A partir dessa característica, pensa-se na questão da formação e nas instituições formadoras que preparam o profissional para a especialização e fragmentação do trabalho. Algumas delas vêm procurando reverter o atual modelo de formação por meio de reformas curriculares (RONZANI; RIBEIRO, 2004). Porém, muitas vezes, deparam-se com a resistência de alguns profissionais em mudar o modelo baseado na especialização.

2.2 A assistência em saúde no Brasil

A previdência social no Brasil foi criada oficialmente com a Lei Eloy Chaves, de 1923, que regulamentou a existência das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPS - financiadas e gerenciadas de forma tripartite, pelo Estado, pelos trabalhadores e pelos empresários. Estas eram organizadas por empresas, (cujo porte e capital permitiam a sua sustentação), e os benefícios auferidos eram proporcionais à contribuição e, portanto aos salários. Incluíam, além da aposentadoria e de alguns benefícios, a prestação de assistência médica aos segurados (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Segundo Cohn e Elias (2005) a década de 20 é caracterizada como o período de definição dos grandes traços que marcam até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro. Dentre eles, destacam-se a instituição, por iniciativa do Estado, da implementação de um grupo social com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores, a forma tripartite de financiamento dos empregadores, trabalhadores e do Estado e o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social e o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social.

Assim, o crescimento da previdência se dá principalmente a partir de 1930, com ampla autonomia do Estado, voltado para o esforço da industrialização marcado ainda, por um poder que necessitava contemplar os assalariados urbanos, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. Inicia-se assim, a execução de políticas sociais para responder as tensões sociais. Nessa perspectiva, amplia-se a assistência previdenciária através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), organizados por categorias profissionais, que passam a oferecer de forma mais significativa os serviços de assistência médica, por meio de

serviços próprios ou contratos com a iniciativa privada. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS) em 1967, os vários institutos de aposentadorias e pensões são unificados em um único órgão ampliando o campo de ação estatal (CONH; ELIAS, 2005).

Nos anos 60, a dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população brasileira. No mesmo período, 1964, foi proposto um padrão tecnológico mais racional, de menor custo e sem a influência das leis de mercado, subordinando a assistência médica à lógica da saúde pública (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Por sua vez, os anos 70 e 80 foram marcados pelas renovações conceituais abrangentes, articulando saúde com condições de vida. Ocorreu ainda nesse período a crise dos gastos sanitários (lucratividade do setor privado com a falência do setor público e a baixa resolutividade do sistema de saúde).

De acordo com Mendes (1996), o modelo assistencial privatista era caracterizado pelo tripé: o Estado, financiador do sistema através da previdência social; o Setor Privado Nacional, maior prestador de serviços da assistência médica e o Setor Privado Internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.

Nos últimos 20 anos um dos acontecimentos mais significativos decorrentes da repercussão da mundialização do capital sobre as políticas de saúde tem sido a crescente perda de prestígio e influência internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) (ROCHA, 2000). O Banco Mundial, por sua vez fez crescer a influência na política seletiva, ou seja, focada nas camadas sociais menos favorecidas economicamente com a finalidade de “aliviar a pobreza”. Assim sendo, surge à necessidade de repensar o conceito de saúde.

Um dos marcos históricos nas discussões sobre as reformas dos sistemas de saúde foi a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata (Rússia), na qual, concluiu-se que para alcançar um quadro satisfatório de saúde, seria necessário o desenvolvimento socioeconômico dos países subdesenvolvidos, além de maior preocupação na prevenção e promoção à saúde.

A partir da Conferência de Alma – Ata, 1978, outras discussões e encontros foram marcantes para a consolidação das propostas de atenção primária em saúde e principalmente das práticas de promoção (GIL, 2006). Ressaltam-se as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde: Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997. A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde foi realizada em 1986, no

Canadá, a qual ficou conhecida mundialmente pela Carta de Ottawa. Esta carta teve como base o informe de Lalonde, 1974, o qual apontava a necessidade da inversão dos orçamentos públicos canadenses com serviços assistenciais às doenças, cujos gastos desconheciam os fatores determinantes das mesmas.

A referida Conferência definiu como sendo consideradas condições e requisitos para a saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. A estratégia de promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, as ações do Estado, com suas políticas intersetoriais da sociedade civil e do sistema de saúde propriamente dito (MERCADANTE, 2002).

No Brasil, no mesmo ano, 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde e em 1988 foi instituída a Constituição Brasileira, proporcionando uma concepção ampliada de saúde. Segundo Lumêna e Tanaka (1998) a VIII Conferência Nacional de Saúde constitui-se de um momento privilegiado de explicitação dos princípios que regem a construção do SUS, assumindo que a saúde não constitui um conceito abstrato. O conceito de saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A ampliação do conceito de saúde a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde adota um caráter pluridimensional, dando início a uma série de tentativas de buscar a construção de relações interdisciplinares, através, por exemplo da integração de fatores biopsicossociais, da medicina integral, assim como da medicina social (NUNES, 2002). A saúde passa a ser vista como direito de todos e dever do estado e as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada.

O Movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, e a Constituição de 1988 foram marcos importantes no Brasil em direção à integralidade das ações de saúde no modelo da atenção básica de saúde.

A partir da Constituição de 1988 criou-se o SUS e foram as iniciativas institucionais, legais e comunitárias com o propósito de viabilizar o novo sistema, destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº

8.142/90) e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996 (BRASIL, 1990).

A Reforma Sanitária está vinculada a um modelo de desenvolvimento social e econômico do Brasil, centrado na ação do Estado, na provisão pública de infra-estrutura social e na sustentação do desenvolvimento econômico. Esses princípios asseguram aos brasileiros o acesso universal, integral e gratuito às modalidades tecnológicas e terapêuticas disponíveis, segundo a necessidade de cada cidadão. O poder público passa a ser o principal agente da regulação e da programação da oferta dos serviços de saúde, via instrumentos de descentralização, de regionalização e controle social do sistema (FIOCRUZ, 1995).

Fleury (1995), já afirmava que a Reforma Sanitária é inovadora na medida em que postula uma utopia igualitária que funda em nós a cidadania, com base em um pacto de solidariedade e justiça social.

Constituiu também marco importante em direção ao modelo de atenção primária de saúde a II Conferência Mundial de Promoção da Saúde. Esta foi realizada em 1988, na Austrália, tal conferência reafirma a Carta de Ottawa e aprofunda o conceito de política pública saudável, ressaltando a importância do compromisso político de todos os setores envolvidos com a saúde enquanto condição de sustentação dessas políticas. As conferências seguintes foram realizadas na Sundsvall, Suécia, e em Jacarta, Indonésia.

Neste contexto no Brasil, vive-se por força da nova constituição um período de mudanças na saúde, precedidas e acompanhadas de intensas discussões políticas e acadêmicas. O momento não só é importante, como também peculiar, porque o país experimenta de forma solidária na América Latina, a possibilidade de implementar um sistema, (o SUS) compatível com os novos conceitos e noções sobre a saúde e a doença.

Portanto, o processo de construção do SUS é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e a organização dos serviços não são frutos apenas do movimento atual. Ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas articuladas pela Reforma Sanitária, que segundo Paim (2003a), deve ser entendida não como uma proposta setorial, mas como um processo social e político que exige mudanças de ordem econômica, política e cultural.

Paim (1998, p.18) define ainda quatro concepções para o SUS:

1. O “SUS democrático”, desenhado pelo projeto da reforma sanitária brasileira;
2. O “SUS legal”, juridicamente estabelecido pela constituição Federal, constituições estaduais, Leis orgânicas municipais, Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, decretos,

portarias, resoluções; 3. O “SUS real”, refém dos desígnios da área econômica, do clientelismo e da burocracia que abrem espaço para o seguro saúde e planos de saúde; 4. O “SUS para pobres”, centrado numa medicina simplificada mediante estratégias de focalização, como recomendam as agências internacionais, para mitigar os efeitos das perversas políticas de ajuste macroeconômico.

Segundo Silva e Trad (2005) a implementação do SUS tem constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de dar respostas a necessidades concretas.

A regulamentação do SUS, através das Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que foram mencionadas um pouco antes, estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que prioriza os princípios da descentralização, da universalidade, da integralidade, da atenção e do controle social. Incorpora ainda na sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (Brasil, 1990).

As políticas de saúde têm-se preocupado cada vez mais com a mudança de enfoque das práticas assistenciais, havendo um esforço para a reforma dos sistemas de saúde e dos centros formadores que levem em conta as ações relacionadas à promoção em saúde, em contraposição a práticas meramente curativas, em geral desenvolvidas em contextos especializados (CAMPOS, 1997a; BRASIL, 2001a).

Nos estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde deve-se, segundo France (1997), distinguir dois tipos de reforma: *big bang* e incremental. As reformas do tipo *big bang* são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual (Reforma Sanitária). Já as reformas incrementais, ao contrário, se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos (Estratégia de Saúde da família).

O período pós 1995 foi marcado pela expansão da atenção básica de saúde. Essa expansão inicialmente foi incentivada pelo Ministério da Saúde e, posteriormente pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SOUSA, 2000). Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível de atenção básica.

A política descentralizadora na área da saúde contou, no Brasil, com uma forte indução estratégica de centro, através da formulação e implementação de instrumentos

reguladores próprios - as NOBs de 1991/93 e 96 - e a Norma Operacional da Assistência (NOAS), de 2001 e de 2002.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal (BRASIL, 2001a).

A NOB/93, estabelece um processo flexível, gradual e negociado com o objetivo de assegurar viabilidade política à operacionalização da descentralização. Neste sentido, estabeleceu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS, incluindo estados e municípios, sob três modalidades: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena. Foram instituídas também novas instâncias colegiadas: Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BODSTEIN, 2002).

O processo de descentralização é acelerado a partir de 1996, quando são implementadas medidas de incentivo, expressas, sobretudo, na NOB/96 para que, os municípios assumam a gestão da rede de serviços locais de saúde, em uma política em prol da municipalização. A NOB/96 também altera as modalidades da gestão do SUS passando a ser apenas duas: plena de atenção básica e plena do sistema de saúde, institui a programação da assistência através da Programação Pactuada Integrada (PPI). Esta tem a função de definir a programação da demanda local como também de outras regiões dentro e fora do município servindo de base para a alocação de recursos financeiros.

Segundo VIANA e DAL POZ (2005), a NOB/96 aprofunda o caráter inovador da ESF, explicitando uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios, pólos, secretarias estaduais e o nível central do MS. Esses são elementos facilitadores da implementação da ESF.

Dentre as medidas de incentivo adotadas pelo MS destinados às ações básicas está o Piso de Atenção Básica (PAB). Este é formado por uma parte fixa, que corresponde a um valor per capita, e outra variável, formada de incentivos financeiros destinados para as ações da atenção básica à saúde (BRASIL, 1997b).

A partir de 1997, quando teve início à vigência da NOB/96, a participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública apresentou mudanças qualitativas. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde,

passando a priorizar as transferências aos municípios. De outro, focalizou a atenção básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências.

A NOB/96 foi importante na operacionalização da descentralização do sistema ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica. Por outro lado, impediu ou obstaculizou a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Isso porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a atenção básica através do Piso de Atenção Básica (PAB), rompe com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB/93) (MARQUES; MENDES, 2003).

Por sua vez, a NOAS-SUS 01/2001 vem ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica como também definir o processo de regionalização da assistência e a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, além de uma atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Em relação a organização da assistência, enfatiza a resolutividade da atenção básica em todos os municípios a partir das questões consideradas estratégicas, como saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e da diabetes, o controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Outras áreas não contempladas serão definidas a critério dos gestores estaduais e municipais, em função de especificidades epidemiológicas locais (BRASIL, 2006 b).

A NOAS - SUS/2002 revoga a norma anterior, mantendo as suas diretrizes gerais e ampliando as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de buscar a maior equidade. Cria ainda mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação tanto dos estados como dos municípios (BRASIL, 2006 b).

Estas conquistas representam as fases de implementação dos princípios e diretrizes do SUS e requerem mudanças institucionais para incorporar, na prática, as novas formas de gestão para a construção de um modelo assistencial fundamentado na vigilância à saúde, a partir da (re) orientação da atenção básica para (re) organizar a saúde em um contexto de maior complexidade até a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde através da implantação da ESF, com o objetivo de organizar a prática assistencial.

A análise da relação entre a organização dos serviços de saúde e as práticas de atenção, tal como acontecem no cotidiano das famílias, na comunidade, é relevante para uma melhor compreensão do processo saúde - doença.

Os esforços em prol das melhorias das condições de saúde dos brasileiros e da implementação de um sistema que contemple pelo menos a universalização da assistência nos níveis de atenção primária, secundária e terciária exigem que as políticas macroeconômicas articulem-se com as políticas sociais, sobretudo com as de saúde e educação (COHN; ELIAS, 2005).

Trata-se de eleger como prioridade nacional o combate à pobreza, e principalmente, à exclusão social, mesmo considerando que nenhuma política isolada será capaz de enfrentar o conjunto das necessidades sociais básicas dos brasileiros.

2.3 O contexto da Estratégia de Saúde da Família

A década de 1990 no Brasil foi marcada pela implementação da Estratégia de Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os princípios do SUS, essa estratégia de saúde traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997b).

Com a expansão do Programa Saúde da Família, que se consolida como estratégia em [28 de março](#) de 2006, tornando-se prioritária para a reorganização da [atenção básica](#) no Brasil, o governo é levado a emitir a Portaria de nº 648 de 2006, estabelecendo que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a [atenção básica](#) já que esta tem como um dos seus fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do [SUS](#): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006b).

Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das Unidades de Saúde da Família. É essencial compreender o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, as implicações de sua reorientação. Segundo Paim (2003a p. 568), um modelo de atenção ou modelo assistencial "... é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de 'lógica' que orienta a ação".

A ESF surge como um modelo de assistência á saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de

equipes de saúde que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. (BRASIL, 1994).

O manual do MS (1998) enfatiza a reorientação da assistência e o caráter substitutivo da ESF, possibilitando mudança das práticas centradas nos princípios de vigilância à saúde. Para o MS, seria um equívoco a idéia de que se trata de uma política para pobres com utilização de baixa tecnologia (BRASIL, 1998).

De acordo com o documento publicado pelo MS em 1997, A ESF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. O MS acrescenta ainda que a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e os gestores terão possibilidades para planejar as ações a serem desenvolvidas (visitas aos domicílios identificando os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas). Essa etapa dá início ao vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade, a qual necessita ser informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência (BRASIL, 1997 b).

A expansão da ESF vem acontecendo de forma focalizada, à medida que são selecionadas para sua implantação áreas e populações de risco que podem, inclusive, corresponder a quase 80% da população de um município. Essas experiências de focalização dentro do universalismo evidenciam que é possível implementar práticas focais dentro de uma política universal (VIANA; DAL POZ, 2005).

É importante esclarecer que dar prioridade à prevenção não significa necessariamente uma estratégia de contenção de custos, até porque não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde nos níveis mais complexos do sistema quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do SUS, quais sejam, assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (CAMPOS, 2003).

Contudo, observa-se algumas dificuldades no processo de implementação da ESF como, por exemplo, o fato de não se ter uma mesma conduta por parte dos profissionais que compõem a equipe. Algumas equipes da ESF vêm reproduzindo antigos modelos de atenção básica voltados exclusivamente para o atendimento à demanda. Além disso, muitas vezes os seus profissionais são objeto da “manobra eleitoral” (ROZANIR; STRALEN, 2003).

Alguns estudiosos, dentre eles Mendes-Gonçalves e Merhy, têm apresentado algumas preocupações sobre a equipe multiprofissional na atenção básica à saúde e consideram a divisão do trabalho, o status da profissão, a sua posição no processo de trabalho, os aspectos organizacionais, as relações informais, as redes de poder, os valores e normas como fatores relacionados ao desempenho do trabalho. O trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família tem revelado a ausência de responsabilidade coletiva e baixo grau de interação entre as categorias profissionais (PEDROSA; TELLES, 2001).

Por outro lado, apesar do discurso igualitário, os membros das Equipes de Saúde da Família mantêm representações sobre a hierarquia entre profissionais e não-profissionais dos níveis superior e médio de educação e entre o profissional médico e o enfermeiro. Mesmo com o esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegia o trabalho em equipe, também na Estratégia de Saúde da Família é possível se observar a existência de uma tensão entre a fragmentação e a integração do processo de trabalho, havendo assim o risco dos profissionais se isolarem em seus “núcleos de competências” ou que as suas ações sejam realizadas de forma justapostas e isoladas. Deste modo, o trabalho em saúde hoje é desenvolvido com características do trabalho profissional e também da sua divisão parcelar e da lógica Taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Para os mesmos autores, o trabalho é compartimentalizado por cada grupo profissional que se organiza e presta parte da assistência de saúde separada dos demais. Os profissionais envolvidos tendem a dominar os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional. Assim podemos obter fragmentação tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto em relação aos sujeitos, profissionais e usuários (SILVA; TRAD, 2005).

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui-se de uma prática de comunicação entre os profissionais no exercício do seu cotidiano no qual os agentes operacionalizam e articulam as suas intervenções técnicas por meio da linguagem. O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Uma das características do trabalho no setor de serviços consiste no planejamento de atividades e a ESF possui um instrumento próprio, denominado de Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Este foi criado em 1998 pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS) para auxiliar o

acompanhamento e avaliação das atividades dos profissionais da ESF. Em relação a sua aplicabilidade como instrumento de planejamento em saúde no nível local, as equipes pouco utilizam seus recursos para esse fim. Sua maior utilização, na maioria das vezes, relaciona-se apenas ao levantamento numérico de algumas condições de saúde/doença, por exemplo: número de hipertensos, gestantes, diabéticos, para a realização de grupos de saúde com a comunidade (SILVA; LAPREGA, 2005).

No entanto, para o agir profissional, os membros que compõem a ESF devem utilizar-se dos meios e instrumentos como elementos de aproximação do objeto de trabalho relacionado aos saberes específicos (não materiais) e à tecnologia material. Estes meios ou instrumentos precisam se organizar para atender às demandas de saúde que, por sua vez, são subordinadas às lógicas ideológicas, políticas e econômicas com repercussões nas práticas de saúde.

Nesta perspectiva, a prática dos profissionais de saúde também precisa ser vista através da organização do seu processo de trabalho, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação.

Para Schimith (2004), o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. Neste contexto, a ESF adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1000 famílias, em um determinado território, para cada equipe multiprofissional (BRASIL, 2001a). Essa equipe passa a ser a porta de entrada do serviço de saúde e tem a missão de mudar o modelo assistencial, porém, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços de saúde, visto que o atendimento às urgências não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda têm mostrado baixa credibilidade para os usuários (CHAKKOUR et al., 1999). Sobre esse aspecto, Campos (1997b) afirma que o vínculo entre os usuários de serviços de saúde é responsável pela ampliação da eficácia das ações de saúde e o favorecimento da participação do usuário durante a prestação do serviço. E, especificamente, o acolhimento, consiste na principal ferramenta para estruturar a relação entre a equipe e a população e é definido pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando em uma relação mais humanizada (SILVA JR, 1998a).

No entanto, as concepções das práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho e conseqüentemente a organização de serviços, dentre outros, são elementos importantes para se discutir o processo de mudança dos modelos assistenciais

de saúde. Portanto, os determinantes do estado de saúde são fundamentais na medida em que trazem a questão de como separar e medir os efeitos dos componentes de um sistema de saúde (dentre os quais os serviços). É fundamental então, que se reflita não somente no que se refere à análise comparada, mas em relação a toda a discussão da organização dos serviços influenciada por atividades extra-setoriais, como a educação, a renda, a acessibilidade geográfica, dentre outros (HORTALE; CONIL; PEDROSA, 1999).

Para Mendes (1996) há uma necessidade de mudança da lógica da produção da doença para a produção da saúde a partir de um novo paradigma sanitário que considere outros determinantes do processo saúde-doença.

Embora a ESF tenha crescido sobremaneira no país, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. Vive um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes aos processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência) (GIL, 2006).

Nesse sentido, a Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do nosso processo de construção social da saúde, que tem avançado pontualmente, mediante gradativas acumulações e superposição de experiências que contemplam os enfoques das Ações Programáticas de Saúde, Vigilância à Saúde e em Defesa da Vida e das concepções da Atenção Básica (GIL, 2006). A nosso ver, dada a complexidade e heterogeneidade do nosso país, com seus sistemas municipais de saúde, a adoção e mesmo superposição desses diferentes referenciais é, de certa forma, esperada.

2.4 A Estratégia de Saúde da Família x processo de globalização e suas conseqüências.

O trabalho realizado em nossa sociedade é determinado por complexo entrelaçamento de relações de poderes, sociais, econômicas e políticas. Nesse momento de globalização e reestruturação produtiva é maior a necessidade de dar um passo no sentido de apreender a realidade vivida pelos trabalhadores, ampliando o leque de interrogações e

incorporando enfoques que colaborem para a identificação das desigualdades e heterogeneidades produzidas (BRITO, 2000).

Para alguns estudiosos da atualidade, Pires, Silva, Trad, dentre outros, a ESF vem passando por um processo de precarização do trabalho e tem levado os pesquisadores da área a desenvolver estudos na busca de algumas respostas. Dessa forma, cientistas sociais, políticos e filósofos da sociedade atual têm analisado as questões relacionadas à economia e as suas conseqüências na globalização da sociedade, considerada hoje a nova ordem mundial.

Segundo Giddens apud Santos (2002) a globalização é a intensificação das relações sociais mundiais que unem localidades distantes de tal modo que os acontecimentos locais são condicionados por eventos que acontecem a muitas milhas de distância.

Froebel, Heinrichs e Kreye apud Santos (2002) foram provavelmente os primeiros a falar, no início da década de oitenta, da emergência de uma nova divisão internacional do trabalho, baseada na globalização da produção levada pelas empresas multinacionais, gradualmente convertidas em atores centrais da nova economia mundial. Os traços principais desta nova economia mundial são: a economia dominada pelo sistema financeiro e pelo investimento à escala global, os processos de produção flexíveis e multilocais baixos, os custos de transporte; a revolução nas tecnologias de informação e de comunicação, desregulação das economias nacionais, preeminência das agências financeiras multilaterais e a emergência de capitalismo transnacional.

A referência central para o estudo dos condicionantes da saúde-doença é o processo de trabalho e na interseção das relações sociais e técnicas que o configuram, se expressa o conflito de interesses entre o trabalho e o capital. Além de ser originário da propriedade dos meios de produção e da apropriação do valor-produto realizado, há diversas formas de controle sobre o próprio processo de produção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2007).

Para os mesmos autores, o controle exercido no interior das unidades produtivas, por meio de velhos ou novos padrões de gestão da força de trabalho, respectivamente, taylorismo, fordismo e neotaylorismo, pós-fordismo, toyotismo, redundam na constituição de coletivos diferenciados de trabalhadores e de uma multiplicidade de agravos potenciais à saúde.

Na área de serviços, o componente de alta significância do processo de trabalho, definidor de suas atividades, consiste na relação que se estabelece entre os trabalhadores e os clientes/usuários/consumidores (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2007).

Partindo dessa lógica o processo de trabalho em saúde se constitui numa tecnologia leve, a tecnologia das relações inter-trabalhos vivos em ato, que acaba por ser qualidade e custo final em saúde (MERHY et al., 2006).

Habermas (1989), assinala haver atualmente uma decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes, na prática são analiticamente distinguíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e a interação que se identifica na existência de uma relação recíproca entre trabalho e interação. Nesse sentido, não é possível reduzir a interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir de uma interação.

O trabalho abarca uma ação instrumental e uma ação estratégica. A primeira está orientada por regras técnicas e a segunda por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro (HABERMAS, 1989). Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho busca o êxito na obtenção de determinado resultado.

A finalidade última de qualquer trabalho em saúde e em qualquer tipo de serviço, consiste na operacionalização de saberes tecnológicos que tem como objetivo a cura e a saúde. As tecnologias de saúde responsáveis em produzir o cuidado são configuradas entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde (MERHY et al 2006). Tais dimensões são classificadas em leve (modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde); leve-dura (saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e duros (equipamentos e máquinas).

Ainda segundo Merhy et al. (2006) as dimensões materiais e não materiais procuram tornar explícito que todos os trabalhadores de saúde realizam clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independentes do recorte profissional. Afirmam ainda que:

Quem conseguir trabalhar sobre este núcleo comum e matriciá-lo com o seu profissional específico pode criar muitas situações para operar o encontro com o mundo das necessidades, bem favorável no sentido de produzir encontros positivos entre as lógicas do agir tecnológico e as lógicas dos usuários, individuais e coletivos (MERHY et al., 2006, p.23).

A medida que a globalização avança e propicia o desenvolvimento da sociedade, ela traz ao mesmo tempo graves prejuízos ao mundo do trabalho formal, como pode ser constatado por Germano (2004, p. 5): “O desemprego massivo, a vulnerabilidade e a insegurança em decorrência dos ataques desferidos, às garantias e direitos sociais que sinalizam para o desaparecimento do emprego, isto é, do trabalho com proteção e estabilidade”. Tal situação passou a ser chamada de flexibilização e precarização do trabalho.

Para Castel (1998), o trabalho vem sendo alvo da redução de custos face aos requisitos da flexibilização, minimizando o preço da força de trabalho e maximizando sua eficácia produtiva.

A precarização do trabalho também está presente na Estratégia de Saúde da Família e entre outras conseqüências, vem contribuindo para a alta rotatividade dos profissionais que compõem essa estratégia de saúde. Para Brito (2000) a precarização do trabalho pode ser definida tanto em relação às novas formas de emprego, designadas como atípicas, quanto em relação às condições de trabalho, em função do enfraquecimento ou perda de direitos sociais, sindicais, de prevenção e de reparação dos riscos. Inclui o trabalho a domicílio, a terceirização, o trabalho em tempo parcial, o trabalho informal, os contratos temporários e o trabalho sazonal.

A maior repercussão da política de reconversão industrial, não obstante, diz respeito aos destinos da força de trabalho: novos padrões de terceirização e subcontratação; a precarização do trabalho e à progressiva exclusão do mercado formal de trabalhadores cujo perfil não se ajusta às recentes imposições ou cujos corpos estão precocemente lesados (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2007).

Segundo Deluiz (2006), o avanço da globalização econômica, que transcende os fenômenos meramente econômicos, invadindo as dimensões políticas, sociais e culturais traz, como conseqüências, mudanças no tamanho e nas atribuições do Estado, desregulamentação das economias nacionais, reestruturação do mercado de trabalho, novas formas de organização do trabalho, flexibilização do trabalho, crescimento dos empregos precários, desemprego cíclico e estrutural e a exclusão de contingentes de trabalhadores do mercado formal. A forte segmentação da força de trabalho (incluídos x excluídos do mercado formal; qualificados x não-qualificados; trabalhadores de empresas modernas x trabalhadores de empresas terceirizadas), ocorre num quadro de desmobilização de movimentos reivindicatórios e de dificuldades de organização e sindicalização dos trabalhadores. A globalização econômica corresponde, pois a globalização do mundo do trabalho e da questão social.

Para Alves (1999), a subproletarização tardia é a nova precariedade do trabalho assalariado sob a mundialização do capital. Ela surge não apenas em setores tradicionais e desprotegidos da indústria e dos serviços, mas principalmente em setores modernos da produção capitalista. Esta é a sua particularidade histórica: ela é decorrente da cisão da classe no interior de seu pólo mais desenvolvido e organizado. Deste modo, o que denominamos subproletarização tardia é constituída pelos trabalhadores assalariados em

tempo parcial, temporários ou subcontratados, seja na indústria ou nos serviços interiores ou exteriores à produção do capital. Nesse caso, tende a predominar a "informalização" nas relações de trabalho (um eufemismo para a nova precariedade do trabalho assalariado).

A nova precariedade do trabalho assalariado - a subproletarização tardia - é adequada à lógica da acumulação flexível. É um componente estrutural de um novo complexo do trabalho que se instaura no bojo do mundo "moderno" do trabalho. Este, o mundo "moderno" do trabalho, é caracterizado por um "centro" produtivo, constituído pelos assalariados em tempo integral, com vínculos permanentes e essenciais para a continuidade, em longo prazo, da organização capitalista. Estes trabalhadores assalariados possuiriam menos oportunidades de carreira e se caracterizariam por uma alta taxa de rotatividade. Outra parte deles seria constituída por uma parcela de trabalhadores assalariados em tempo parcial, com ainda menos segurança no emprego, e que possuiriam uma maior "flexibilidade numérica" - um eufemismo para caracterizar uma maior disponibilidade para ser explorado pelo capital - e que seriam constituídos pelos empregados casuais, pessoal com contrato por tempo determinado, temporários, subcontratação e treinando com subsídio público. Esses são os núcleos da subproletarização tardia, com um crescimento importante nos últimos anos.

Nesse contexto de "exclusão" do emprego com proteções legais, ganham visibilidade os trabalhadores vinculados a ESF.

Estudos realizados por Girardi *et al* (2003) demonstram que os municípios brasileiros utilizam várias e diferentes formas de modalidades de contratos para a inserção de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde nessa estratégia de saúde. De acordo com Cherchglia (1999, p.382),

O processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização (contratos temporários, de prestação de serviços), pela cooperativização do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado.

Segundo Castro (2006), as formas de contratação das equipes da ESF tornam evidente o acentuado processo de precarização do trabalho existente no setor saúde. Todavia, cabe mencionar que esta situação não é prerrogativa desta estratégia, ou mesmo dos serviços de limpeza, vigilância, alimentação e nutrição, já tradicionalmente terceirizado. Ela atinge também os serviços profissionais e técnicos dos sistemas de urgência e emergência e os hospitais.

Evidencia-se que na ESF a precariedade do trabalho alcança desde o agente comunitário de saúde até o médico especialista. Também é possível observar que ela se faz

presente nos três níveis de governo do SUS. Praticamente nenhuma instituição pública vinculada a este sistema pode afirmar não abrigar trabalhadores em situação de precariedade. Talvez o mesmo possa ser dito das entidades privadas que compõem o setor complementar (conveniado e contratado) do SUS.

Portanto, a apreensão e a análise dessas novas formas de trabalho, abrem caminhos para a reflexão a respeito da transformação social que ora ocorre no interior do contexto de trabalho em saúde e, por qual perpassa as mudanças nos modelos assistenciais em saúde.

2.5 A Estratégia de Saúde da Família x organização de serviços de saúde

Um dos acontecimentos mais significativos, nos últimos 20 anos, e decorrente repercussão da mundialização do capital sobre as políticas de saúde no que refere-se a perda crescente de prestígio e influência internacional da OMS, (ROCHA, 2000). O Banco Mundial, por sua vez fazia crescer a influência na política seletiva.

Para Laurel *apud* Rocha (2000) esse momento caracteriza um avanço em direção ao passado: redução dos gastos públicos e seletividade nos programas (como, por exemplo, o PRONASOL no México e Comunidade Solidária no Brasil). A perspectiva básica do Banco Mundial é considerar a saúde como um setor privado e não como necessidade humana básica e um direito inalienável dos cidadãos.

Para o World Bank *apud* Senna (2002) a ESF emerge num contexto de racionalização dos gastos em saúde decorrentes da implementação de medidas de ajustes, sobretudo do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial. A agenda de reformas proposta por essas agências baseia-se no diagnóstico da inadequação dos gastos brasileiros em saúde, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. Ao mesmo tempo, o Banco Mundial critica o modelo hospitalocêntrico ineficaz e o pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), o problema da fragmentação dos modelos assistenciais indica a integração dos serviços de saúde que aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na atenção básica da saúde.

A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. Na prática, são observadas inúmeras dificuldades na organização desses serviços (acolhimento, acesso, referência e contra referência e instalações físicas das unidades de saúde). Embora o foco da ESF seja a atenção básica, faz-se necessário

oferecer a população uma assistência integral, referenciando-a quando for necessário. Os serviços de saúde, por sua vez, precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003). Esta articulação constitui um dos pilares a sustentar a criação do SUS e é denominado de integralidade.

O conceito de integralidade definido por Hartz e Contandriopoulos (2004), remete obrigatoriamente a concepção da integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações. É indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, o qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional.

Para Mattos (2001) a organização do princípio da integralidade abrange três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro, relacionado a atributos das práticas dos profissionais de saúde, o segundo, diz respeito às características da organização dos serviços e o terceiro, aplica-se às respostas governamentais.

Enfatizaremos apenas um dos sentidos da integralidade: organização de serviços. Considerados por muitos como um entrave para que as equipes de saúde da família promovam atendimento contínuo e integrado à população adscrita da ESF.

Soares (2000), ao analisar ESF mostra inúmeras dificuldades para a mudança do modelo assistencial e dentre elas cita a ausência de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção, o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída.

Muitos gestores da saúde consideram que podem organizar e estruturar a demanda de serviços das Unidades de Saúde a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes da ESF.

Dessa forma, elimina-se a possibilidade de atendimento a demanda espontânea. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústias, e, não tendo atendimento satisfatório, dirige-se para as Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros. Este constitui um erro da ESF visto que a população acaba por forçar a organização de serviços a um maior comprometimento com os projetos médicos-hegemônicos, a fim de responder as suas necessidades imediatas.

No dia a dia das equipes de saúde é observado que a referência por serviços especializados e para apoio diagnóstico constitui um problema crítico. Para Mattos (2001) este problema está relacionado ao princípio da integralidade no que diz respeito a característica da

organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais.

Para que não exista essa dissociação, faz-se necessário promover um bom acolhimento, garantir o acesso, a referência e contra-referência e oferecer também boa estrutura física nas unidades de saúde de modo a garantir o atendimento a população.

Em relação ao acesso é preciso, analiticamente, evidenciar a dinâmica e os critérios de acessibilidade a que os usuários estarão submetidos ao longo de suas relações com o modelo de atenção. O acolhimento implica principalmente em reorganizar o serviço, no sentido de garantia do acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado.

Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional. Propõe ainda inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde garantindo a acessibilidade universal, reorganizando o processo de trabalho e qualificando a relação trabalhador usuário.

Para Aday e Andersen apud Hortole (1999) foi Donabedian quem melhor definiu acesso: “a prova de acesso consiste na utilização de um serviço, não simplesmente na sua existência”. Dessa maneira, o acesso pode ser medido pelo nível de utilização em relação a necessidade. Uma análise em termos de custo, disponibilidade, economia interna (tempo de espera, demora e interrupções na prestação de serviços etc.) e variáveis psicológicas ou conhecimento sobre a saúde não é suficiente para indicar se todos aqueles indivíduos que desejam entrar no sistema efetivamente conseguem.

A principal dificuldade ao avaliar o acesso é verificar se as pessoas que realmente necessitam de atenção recebem. Os problemas no acesso decorrentes das dificuldades na referência de serviços determina uma situação relevante onde a barreira de acesso pode vir a dificultar as vantagens obtidas na integralidade, impedindo a realização do “menos complexo” por falta de tempo (prevenção, visitas).

Havendo problemas de resolutividade na referência para as especialidades, o “mais complexo” torna-se também difícil e a qualidade dos serviços prestados torna-se prejudicada.

Portanto, para organizar os serviços de saúde faz-se necessário o uso de tecnologia na assistência como também uma articulação entre as esferas social, econômica e política.

“Daí-me Senhor a perseverança das ondas do mar, que fazem de cada recuo, um ponto de partida para um novo avanço”.

(Cecília Meireles)

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo caracteriza-se por ser do tipo descritivo exploratório e quantitativo, definido por Cervo e Bervian (1996) como a investigação que observa, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, podendo descobrir com precisão a frequência com que o fenômeno ocorre e sua relação e conexão com outros fenômenos. A utilização do enfoque quantitativo permite a coleta sistemática de informações, mediante as condições de controle e análise dessas informações através do uso da estatística descritiva (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004),

Especificamente nesse estudo, pretende-se investigar as dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde que compõem as Equipes de Saúde da Família no Município de Ceará-Mirim/RN. Além das variáveis sócio demográficas, também se utilizou as variáveis referentes as ações e atividades desenvolvidas pelos profissionais e as capacitações na área de atenção a saúde.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Ceará-Mirim/RN, situado na região litorânea do Rio Grande do Norte, apresentando uma área geográfica de 729 Km², limitando-se com os Municípios de Maxaranguape ao norte e São Gonçalo do Amarante ao sul, a leste Extremoz e oeste, com o Município de Taipú. Ceará-Mirim está distante 33 km de Natal, capital do Estado do RN, e sua principal via de acesso é a rodovia BR 101. Com uma população estimada de 72.228 habitantes (SINAN, 2007) distribuídos em aproximadamente 95 comunidades. Sua principal atividade econômica é a agropecuária, cujas terras agricultáveis são ocupadas predominantemente com a cultura da cana -de - açúcar.

No que diz respeito a habitação e a moradia na área urbana, predominam as construções de alvenaria (na área rural, ainda é comum a existência de casas de taipa). O abastecimento de água é realizado pelo Serviço Autônomo de Água e Esgotos (SAAE) do município. Na área urbana, 100% dos domicílios estão ligados a rede pública e em algumas localidades da área rural o abastecimento se dá através de poços tubulares, cacimbas ou poços artesanais. A coleta de lixo é realizada semanalmente na área urbana e, na área rural, apenas em alguns distritos.

O Município tem como legislação vigente legal, a Lei Municipal N° 1.188 - 15/02/91 que instituiu o Fundo Municipal de Saúde; a Lei N° 1.187 de 15/02/91, que regulamenta a constituição do Conselho Municipal de saúde; a Lei Orgânica do Município, 1997 de acordo com a Portaria n° 3.260 do Ministério da Saúde de 28/07/98, que homologa a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal ao Município de Ceará-Mirim, com vigência a partir de 01/07/1998 e finalmente, a Emenda que contempla a implantação da Estratégia Saúde da Família aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em 30/01/2001.

Na tentativa de reorganizar a atenção básica através da ESF o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) estabelece na portaria de n°. 648 de 28 de março de 2006, as atribuições dos profissionais de saúde que poderão ser complementadas pela gestão local. Baseado em tal portaria, o município no qual este estudo é realizado, instituiu que os programas de saúde desenvolvidos serão avaliados pela equipe técnica da Secretaria de Saúde do Município semanalmente ou mensalmente de acordo com as normas estabelecidas por cada sistema de informação em saúde. Após a avaliação, as inconsistências serão repassadas para cada Equipe de Saúde da Família que, de posse dessas informações, realizarão uma avaliação e um re-planejamento das suas atividades.

O município em estudo é sede de módulo, segundo o plano diretor de regionalização do Estado (PDR/RN), que de acordo com a estratégia de regionalização, tende a oferecer para outros municípios circunvizinhos a assistência em saúde em qualquer nível de atenção. Este tem como municípios satélites, circunvizinhos, os Municípios de Ielmo Marinho, Maxaranguape, Pureza e Taipú.

No entanto, um município sede de módulo assistencial é aquele que apresenta a capacidade de ofertar a totalidade de serviços que correspondem ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos (municípios satélites). Apresenta ainda papel de referência para outros municípios no segundo e terceiro nível da atenção secundária. Já os municípios satélites correspondem a menor base territorial de planejamento e deverá desempenhar no mínimo as ações da atenção primária.

O município desse estudo possui um quadro sanitário caracterizado por elevada incidência de doenças transmissíveis e crônicas-degenerativas. O quadro epidemiológico do município sofre grande influência da situação sócio econômica da população, que depende do comércio local e do turismo nas praias de Muriú e Jacumã no período de alta estação e, de modo geral, caracteriza-se pela baixa renda familiar.

A rede física da Secretaria Municipal de Saúde é distribuída na área urbana, com 01 Hospital Municipal, 01 centro de saúde e 08 unidades de saúde. Na área rural, possui 17 unidades de saúde.

A capacidade física instalada na área da saúde presta assistência hospitalar nas áreas de clínica médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e de atendimento de urgência. O setor ambulatorial oferece especialidades médicas como neurologia, cardiologia, psiquiatria, infectologia, psicologia, nutrição, infectologista, proctologia, dermatologia, oftalmologia, ortopedia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia dentre outras, além dos atendimentos básicos. São realizados exames laboratoriais, raios-x e outros de média complexidade como endoscopia e ultra-sonografia.

O atendimento nas unidades básicas de saúde é prestado aos casos de rotina, bem como aos grupos programados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. As equipes de saúde solicitam exames auxiliares de atendimento primários aos serviços de laboratório e radiologia existentes na rede, previamente programados para o atendimento. Cada equipe tem direito de solicitar, diariamente, exames laboratoriais para 02 usuários de sua equipe. São responsáveis ainda, pelo encaminhamento dos usuários para o núcleo de marcação de consultas que referenciam o atendimento aos especialistas no ambulatório da rede do SUS no próprio município e na capital. Cada equipe de Saúde da Família tem direito a marcação de 08 ultrassonografias mensais, 01 mamografia mensal e 01 endoscopia mensal. Todos os casos que necessitam de internação são encaminhados ao hospital do município e hospitais conveniados aos SUS na capital.

Em relação ao número de equipes de Saúde da Família, o município possui 21 equipes de saúde, composta por 21 médicos, 21 enfermeiros, 21 auxiliares de enfermagem e 159 agentes comunitários de saúde, sendo 08 equipes na área urbana e 13 na área rural totalizando assim, 78% da população coberta por essa estratégia de saúde. Em relação à saúde bucal possui 13 equipes, composta por 13 odontólogos e 13 auxiliares de consultório dentário, sendo 05 na área urbana e 08 na área rural totalizando 48 % da população coberta pelo programa (APÊNDICE A).

População

A população do estudo foi constituída de 248 profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, onde obteve-se 23% de resistência totalizando 190 profissionais da ESF sendo: 124 agentes comunitários de saúde, 21 auxiliares de

enfermagem e 04 auxiliares de consultório dentário, 15 médicos, 21 enfermeiros e 05 odontólogos. Os 23% de resistência estão relacionados ao instrumento devolvido em branco como também a negação dos profissionais em respondê-lo.

Foram utilizados como critério de inclusão os profissionais de saúde que estejam cadastrados no Sistema de Informação Básica (SIAB) e que aceitem participar do estudo; e como critérios de exclusão os profissionais de saúde que estejam cadastrados no Sistema de Informação Básica (SIAB) que não aceitem, por livre arbítrio, participar do estudo.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

3.4.1 Instrumento

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário (APÊNDICE A) que segundo Lakatos e Marconi (2005) constitui um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador. O instrumento foi dividido em duas partes, sendo a primeira constituída pelas informações sócio demográficas dos profissionais de saúde; e a segunda, subdividida em três partes: a primeira, contendo informações sobre as instruções e atribuições designadas para os profissionais de saúde; a segunda, com questões relacionadas às situações vivenciadas no trabalho e a terceira, destinada as opiniões dos profissionais com relação às condições de trabalho. Cerca de 80% das questões são objetivas e 20% subjetivas.

3.4.2 Pré-teste

Para a testagem do questionário, antes do início da coleta de dados propriamente dita, aplicou-se junto a dois profissionais da equipe da ESF, um deles profissional de nível superior, e outro de nível médio, para averiguação da sua compreensão e consequentemente possibilidade de operacionalização.

3.4.3 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo em apreço, quando ainda projeto de pesquisa, atendeu a todas as exigências estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e baseia-se também no cumprimento das Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, segundo a resolução 196 / 96 (BRASIL, 1997).

Inicialmente encaminhou-se ao Secretário de Saúde o projeto e um ofício (ANEXO A) solicitando a realização da pesquisa no município. Após a sua autorização, (ANEXO B) tendo em mãos o protocolo devidamente preenchido, enviou-se a documentação ao CEP da UFRN. Em seguida, de posse do parecer favorável emitido pelo CEP da UFRN, partiu-se para um contato prévio com os sujeitos do estudo, através de uma reunião administrativa, previamente marcada no qual foram apresentadas todas as informações acerca do estudo bem como, os seus objetivos. Além de apresentar para os profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sua importância (ANEXO C) em relação à ética de pesquisa com seres humanos, foi solicitada a assinatura deste termo conforme a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os que concordaram em participar assinaram o TCLE e foram instruídos a responderem todos os itens do instrumento e entrega-lo em data previamente marcada.

3.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2007. O local escolhido para a coleta de dados foi de comum acordo entre o pesquisador, os sujeitos do estudo e o responsável pela instituição. Nesse sentido, os profissionais de saúde que integram as Equipes de Saúde da Família responderam o instrumento em sua própria área de atuação ou na Secretaria Municipal de Saúde, ficando a escolha a critério dos profissionais. Os mesmos foram comunicados com antecedência, pela pesquisadora, sobre o dia da aplicação do instrumento de pesquisa. Após o preenchimento do questionário, o pesquisador conferiu se todos os itens foram respondidos e em seguida o colocou em envelopes individuais que foram lacrados objetivando assegurar o anonimato do profissional. Os envelopes foram abertos apenas no momento da análise dos dados.

3.5. Tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados, categorizados, codificados e digitados em planilha eletrônica Excel. Foi elaborado um banco de dados utilizando o Microsoft Excel XP para tratamento dos resultados.

As questões que dizem respeito à caracterização sócio-demográficas e as situações vivenciadas pelos profissionais no trabalho foram submetidas as técnicas de estatística descritiva, tais como frequência, percentual, média e desvio padrão, sendo apresentados sob a forma de tabelas simples, gráficos e quadros.

Em relação às ações e atividades desenvolvidas pelos profissionais e sua opinião sobre as condições de trabalho, as informações obtidas foram categorizadas de acordo com o significado das respostas e sua aproximação pelas suas semelhanças e divergências sendo apresentados em forma de quadros. Para análise, foi levada em consideração a ordem crescente das situações mencionadas.

Além da análise e discussão dos resultados através da estatística descritiva foi utilizado referencial da literatura pertinente ao tema.

“O cuidado é o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem viver e das ações o resto agir”.

(Leonardo Boff)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados desta pesquisa são apresentadas na mesma seqüência em que os temas apareceram no questionário utilizado, ou seja, inicia-se pela parte I do instrumento, constituído pelas variáveis sócio-demográficas e profissionais dos entrevistados. Em seguida a parte II, do item, A, que contém as variáveis referentes às atribuições desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Por fim, apresentam-se os resultados referentes à parte II do item B, que corresponde às situações vivenciadas no trabalho pelos profissionais da ESF e nas quais se ressaltam as variáveis dificuldades e facilidades, enumeradas de acordo com a realização das suas atividades.

4.1 Caracterização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Os profissionais participantes deste estudo constituíram-se de 190 indivíduos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família do Município de Ceará-Mirim/RN (Tabela1), distribuídos nas Unidades de Saúde da Família do Município, e que atenderam aos critérios de inclusão, aceitando voluntariamente participar desse estudo.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sócios demográficas e o ano de conclusão de graduação de acordo com os profissionais da ESF, Ceará-Mirim, RN, 2007.

Categorias Profissionais	Enfermeiro	Médico	Odontólogo	ACS	Aux de Enfermagem	ACD	Total
	N	N	N	N	N	N	N
Nº de Entrevistados	21	15	05	124	21	04	190
Idade Média e o Desvio padrão	35,4 ± 7,8	38,9 ± 11,3	28,0 ± 2,1	33,0 ± 6,6	36,5 ± 8,3	27,0 ± 4,1	33,9 ± 7,6
Faixa Salarial	5 salários	10 salários	5 salários	1 salário	1 salário	1 salário	4 Salários
Sexo:							
Masculino	01	09	01	36	06	00	53
Feminino	20	06	04	88	15	04	137
Estado civil:							
Solteiro	09	07	03	56	9	04	88
Casado	06	08	01	44	08	00	67
União estável	02	00	01	15	01	00	19
Viúvo	00	00	00	05	00	00	05
Desquitado	03	00	00	00	03	00	06
Não responderam	01	00	00	04	00	00	05
Ano de Conclusão e o Desvio padrão (DP)	1997 ± 7 anos	1993 ± 10 anos	2000 ± 6 anos	--	--	--	--

De acordo com a tabela 1 quanto à **caracterização dos profissionais** entrevistados, 21 são enfermeiros, 15 médicos, 05 odontólogos, 124 ACS, 21 auxiliares de enfermagem e 04 ACD.

Quanto a variável **idade**, constata-se que a maior média de idade foi de 38,9 da categoria médica, com um desvio padrão DP = 1,3 seguidos pelo auxiliar de enfermagem, com média de idade de 36,5 e DP = 8,3 e do enfermeiro, cuja média foi de 35,4 e DP = 7,8 respectivamente. Em estudo anterior, Machado (2002), ao analisar a faixa etária dos profissionais que trabalham na ESF, observou que havia uma alta concentração (66,2%) dos médicos, na faixa etária entre 30 a 40 anos, o que reforça dizer, que há uma tendência na ESF, por profissionais adultos jovens.

Sobre a **faixa salarial** referida pelos entrevistados, a maior faixa salarial foi de 10 a 12 salários mínimos (correspondente à categoria médica) seguida de 5 salários mínimos pelas categorias dos enfermeiros e dos odontólogos e, apresentando menor salário, 1

salário mínimo, encontram-se o ACS, o auxiliar de enfermagem e o ACD. Com relação às médias relacionadas a renda, observa-se um distanciamento salarial entre as categorias de nível superior (como acontece entre o médico, o enfermeiro e odontólogo) bem como uma média salarial baixa entre os profissionais de nível médio.

Segundo Viana e Dalpoz (2005), a remuneração diferenciada para os médicos serve para atraí-los para a ESF e esta atração, na maioria das vezes, não leva em consideração a formação de médicos generalistas que valorizam a compreensão global do indivíduo e do processo de adoecer. Por outro lado, algumas vezes identifica-se que a desmotivação e a falta de responsabilidade de alguns dos profissionais que atuam no âmbito do SUS possa estar relacionada aos baixos salários e as precárias condições de trabalho (VALLA, 1999). Na atualidade a precarização no trabalho resulta em baixos-salários e na falta de legalização dentre outros fatores, e fazem com que o trabalho seja transformado em mecanismo de segregação social e mesmo de exclusão (TONI, 2003). Percebe-se então, ser um contra-senso a renda salarial dos profissionais de nível superior, apresentada na tabela 1, podendo ser mais um dos fatores contribuintes para a sua desestabilização.

Discutindo sobre as condições de trabalho em saúde, Merhy et al (2006), afirmam que a ESF parte da idéia de que bons salários garantem bons atendimentos, viabilizando um trabalho diferenciado do médico e permitindo sua interiorização. *Esta afirmação centraliza a análise no profissional médico, mas não considera os demais membros da equipe, o que pode indicar certa desvalorização dos outros profissionais.

Com relação a variável **sexo**, observa-se que a população do estudo tem a sua maioria no sexo feminino com (um total de 137). As mulheres são maioria em quase todas as categorias profissionais, com exceção dos médicos como mostra a tabela 1.

Estes resultados são compatíveis com os de outros autores que revelam, entre algumas tendências do trabalho em saúde, a feminilização das profissões, como tem mostrado os estudos de Girardi e Carvalho (2002), Machado (2000) e Escorel (2002) acerca dos profissionais inseridos nas equipes de Saúde da Família. A área da saúde apresenta uma das maiores taxas de feminilização, notadamente dos profissionais de formação universitária (CANESQUI, 2000).

Para Silva (1998 b), alguns setores profissionais valorizam os traços considerados femininos, dentre eles: a sensibilidade, a criatividade, a emoção e a intuição.

* Para tanto o modo de assistir as pessoas está mais ligado à concepção de trabalho em saúde voltado para a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário.

Talvez, o setor dos serviços de saúde possa ser um desses exemplos típicos que cresce dia a dia, haja vista a grande área especializada, hoje cada vez mais desenvolvida.

Com relação a variável **estado civil**, identifica-se que os solteiros e casados predominam (88 e 67 respectivamente). Pode-se dizer que é considerável o número de solteiros, o que de certa forma contribui positivamente para o serviço pelo fato dos mesmos serem mais disponíveis, enquanto que os casados e, especificamente as mulheres enfrentam dupla jornada de trabalho.

Quanto a variável **ano de conclusão** da graduação dos participantes, observa-se que o maior tempo de formado, 1993, está nos profissionais médicos e o menor tempo, 2000, nos profissionais odontólogos. Esses resultados quando relacionados ao ano de criação da ESF no Brasil, 1994, e considerando o prazo de 3 anos após a implantação para a sua inclusão nos currículos profissionais, compreende-se que apenas os profissionais odontólogos tenham sido graduados com um perfil mais aproximado em saúde pública .

Na prática os profissionais de saúde que em seus currículos universitários não apresentam conteúdos voltados para a saúde pública, podem ser difíceis parceiros de mudança no atual modelo da ESF.

Quadro 1 - Distribuição das variáveis de tempo de serviços, horas diárias de trabalho e quantidade de folga semanal, de acordo com os profissionais da ESF, Ceará - Mirim, RN, 2007.

Categorias Profissionais	Tempo médio de serviço	Tempo de Serviço		Horas diárias (média) de trabalho	Folga semanal (média)
		Mínimo	Máximo		
Enfermeiro	4 anos	1 ano	12 anos	6 horas	1 folga
Médico	4 anos	1 ano	9 anos	6 horas	1 folga
Odontólogo	2 anos	1 mês	3 anos e 7 meses	5 horas	1 folga
ACS	7 anos	1 ano	15 anos	8 horas	Não tem
Auxiliar de enfermagem	4 anos	3 meses	7 anos	8 horas	1 folga
ACD	2 anos	6 meses	3 anos	6 horas	1 folga

Nota: O tempo de serviço referido pelos profissionais, entrevistados, da ESF inclui os anos trabalhados no município em estudo como também em outro (s) município (s).

Os dados apresentados no quadro 1 demonstram que o profissional com maior **tempo de serviço** na ESF são os ACS (15 anos), seguido pelos enfermeiros (12 anos) e pelos médicos (9 anos) respectivamente. Observa-se que o maior tempo de serviço são dos

ACS e no caso específico desse estudo, também são eles os únicos profissionais da ESF que passaram por concurso público no município. Quanto ao tempo de serviço referido pelos enfermeiros e médicos, não estão incluídos apenas o tempo de serviço no Município. Compreende-se que esse tempo é referente a outros contratos anteriores em outros municípios, que ainda são justificados como tempo de serviço quando se identifica que o PACS foi implantado no Município em 1992, a ESF em 2001 e o programa de saúde bucal em 2005. Trata-se de uma realidade própria do Município, mas também comum a outros municípios vizinhos, fato que tem elevado o grau de rotatividade dos profissionais de saúde na ESF.

Considera-se que a rotatividade de profissionais na ESF está relacionada a flexibilização do contrato e a oferta de empregos (o que possibilita a escolha por melhores salários). Acrescenta-se, também, o aspecto político-eleitoral que envolve essa rotatividade entre os profissionais e pode-se dizer, ser um fator limitante da ESF, a medida em que não consegue fixar o profissional no Município, talvez, em função da ausência de um perfil voltado para as questões da saúde pública, além das condições de trabalho oferecidos pelos municípios (MACHADO, 1997).

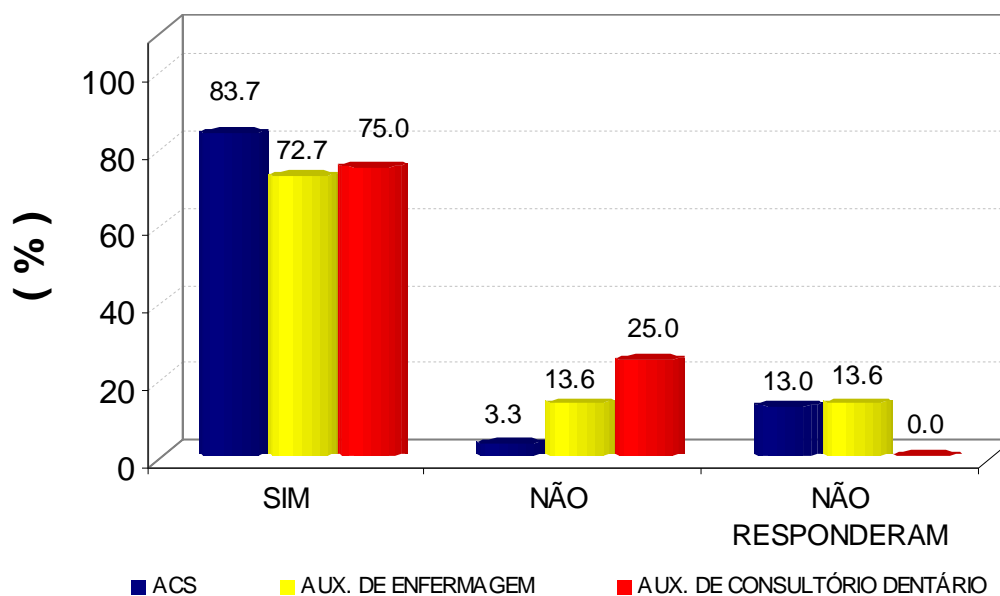
Quanto a variável **carga horária** diária dos profissionais da ESF, observa-se que tanto os profissionais médicos como os enfermeiros, cumprem uma carga horária diária de 6 horas. Já os odontólogos cumprem 5 horas diárias e, por sua vez os profissionais de nível médio, ACS e auxiliares de enfermagem cumprem 8 horas diárias de trabalho, enquanto que os ACD trabalham 6 horas.

Sobre essa questão, a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determina para o trabalhador de saúde o cumprimento de horário integral através de uma jornada semanal de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006 a).

A respeito da folga semanal entre os profissionais existe uma negociação interna de 1 folga para os profissionais da equipe da ESF, com exceção dos ACS.

Neste sentido, vê-se que o fato dos profissionais odontólogos, médicos, enfermeiros e ACD apresentam um tempo menor de 8 horas diárias no trabalho, não correspondendo ao que é proposto pela portaria, o que pode comprometer o desempenho das atividades da equipe de saúde na ESF.

Gráfico 1 - Distribuição de curso de capacitação na área de saúde pública, de acordo com os profissionais de nível médio da ESF, Ceará-Mirim, RN, 2007.



De acordo com os resultados presentes no gráfico 1, com relação à **capacitação dos profissionais** de nível médio em saúde pública, 83,7 % (n = 103) dos ACS, seguidos por 75% (n=3) dos ACD e 72,7% (n=16) dos auxiliares de enfermagem, realizaram capacitação na área de saúde pública, o que corresponde a 122 deles. Embora se deva considerar um resultado significativo, calcula-se que os treinamentos e as capacitações não são suficientes para propiciar a transformação das práticas de saúde. Contudo, a capacitação poderá contribuir para uma progressiva politização e socialização do saber, repercutindo sobre as relações de poder no contexto do trabalho (PAIM, 2003 a).

Dessa forma, entende-se que esses profissionais de saúde estão sendo preparados para este tipo de estratégia. Nessa direção, a aplicação de investimentos na capacitação do conjunto de profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família pode propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, constituindo-se um elemento facilitador da assistência básica de saúde oferecida à população.

Tabela 2 - Distribuição da variável capacitação na área de saúde pública de acordo com os profissionais de nível médio da ESF, Ceará - Mirim, RN, 2007.

Capacitações	ACS		Aux. de enfermagem		ACD		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Epidemiologia	58	100,0	00	0,0	00	0,0	58	100,0
Introdutório de saúde da família	21	77,8	05	18,5	01	3,7	27	100,0
Doenças sexualmente transmissíveis, introdutório de saúde da família, imunização e planejamento familiar.	01	50,0	01	50,0	00	0,0	02	100,0
Tuberculose e hanseníase	01	20,0	04	80,0	00	0,0	05	100,0
Aleitamento materno, imunização, saúde da mulher.	00	0,0	02	100,0	00	0,0	02	100,0
Planejamento familiar	00	0,0	01	100,0	00	0,0	01	100,0
Aleitamento materno	04	100,0	00	0,0	00	0,0	04	100,0

Os resultados apresentados na tabela 2, sobre os **tipos de capacitações** dos profissionais da equipe de saúde da família, mostram que, dos 122 profissionais que referiram ter curso de capacitação, 81% (n=99) destes especificaram o tipo e a área de conhecimento do curso. Dos 85 ACS, 58 deles realizaram capacitação em vigilância epidemiológica, 21 introdutório de saúde da família, apenas 01 possui capacitação em tuberculose e hanseníases e 01 em doenças sexualmente transmissíveis (DST); outros 04 possuem capacitações em aleitamento materno e nenhum deles possui capacitação em saúde da família ou imunização. Dos 13 auxiliares de enfermagem que responderam terem cursos de capacitação, 05 deles possuem o introdutório de saúde da mulher, 04 em tuberculose e hanseníase e 02 deles em saúde da mulher, aleitamento materno e imunização. Quanto aos 04 ACD entrevistados, apenas 01 deles tem capacitação em introdutório de saúde da família.

Estes resultados indicam que, parte dos profissionais de nível médio da ESF encontra-se sem capacitação em saúde pública, sendo o ACD o profissional com menor índice de capacitação o que pode ser justificado pelo fato de só recentemente, a equipe de saúde bucal fazer parte da equipe de saúde da família.

Vale ressaltar que no momento da implantação da ESF no município todos os profissionais da equipe passaram por um treinamento introdutório. Atualmente, o fato de haver rotatividade entre os profissionais tem contribuído para que nem sempre seja possível que todos participem desse treinamento. Trata-se de um fato identificado em alguns profissionais das unidades que demonstram não terem clareza dos objetivos da ESF, nestas

circunstâncias, profissionais iniciais, não têm muito claro o que seja um profissional no modelo assistencial da ESF.

Tabela 3 – Distribuição de cursos de pós-graduação na área de saúde pública, de acordo com os profissionais de nível superior da ESF, Ceará - Mirim, RN, 2007.

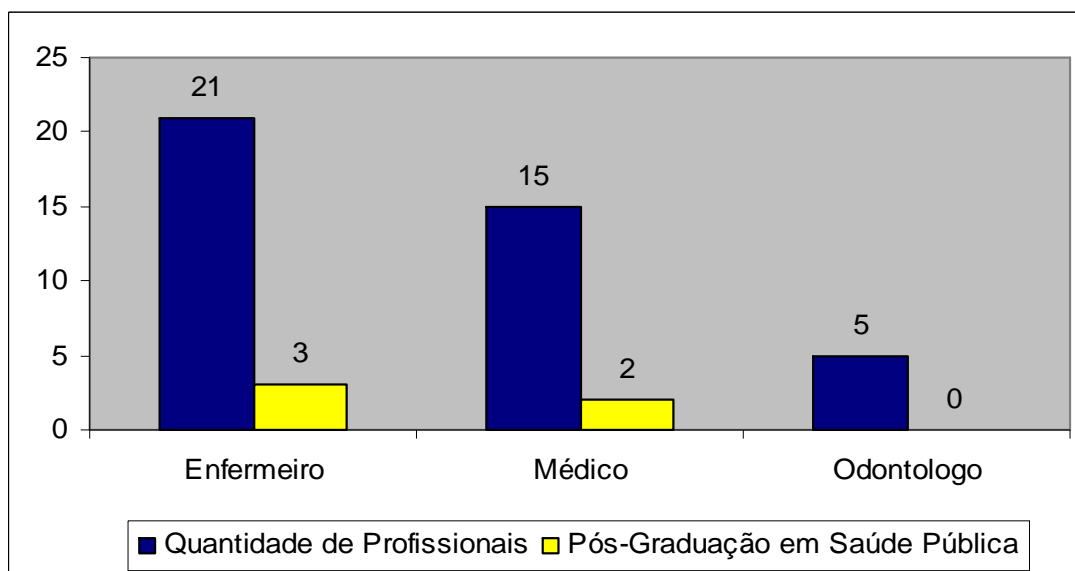
Pós-graduação	N	%
Sim	05	12,2
Não	36	87,8
Total	41	100,0

De acordo com a tabela 3, dos 41 profissionais de nível superior 87,8% (n = 36) não realizaram **curso de pós-graduação** na área de saúde pública.

Considera-se que a capacitação dos profissionais da ESF na área de saúde pública seja de grande importância para a dinâmica do trabalho em saúde com enfoque nas ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde da família.

Neste sentido, espera-se que os perfis dos profissionais da ESF, num futuro próximo se modifiquem e aumentem seus índices de capacitação, haja vista, que uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à falta de profissionais capacitados que atendam a esta realidade. Por isso, se faz necessário o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais de saúde (ALMEIDA, 2001).

Gráfico 2 – Distribuição da variável realização de cursos de pós-graduação na área de saúde pública, de acordo com os profissionais de nível superior da ESF, Ceará - Mirim, RN, 2007.



De acordo com os resultados apresentados no gráfico 2, quanto a distribuição dos profissionais de nível superior com **capacitação** em cursos de saúde pública, dos 21 dos enfermeiros e 15 dos médicos, possuem cursos de pós-graduação em saúde pública. Quanto aos 05 odontólogos, nenhum deles possui qualificação na área. Esses resultados indicam serem poucos os profissionais de nível superior desse estudo qualificados na área de saúde pública.

Nas mudanças de paradigmas éticos que ocorrem, entre um modelo assistencial e outro, no caso da vigilância em saúde, ocorre à necessidade de profissionais qualificados com o olhar voltado para o novo enfoque, (neste caso, a saúde pública). Salienta-se que se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo "chamamento" do setor (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um agente transformador do cuidado e deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 1998). Um dos desafios da ESF é, portanto o trabalho em saúde, com profissionais capacitados para o enfrentamento dos principais problemas e atentos às necessidades dos serviços e da gestão do trabalho.

Tabela 4 – Distribuição da variável atribuições por categoria, de acordo com os profissionais da ESF, Ceará - Mirim, RN, 2007.

Tipos de Atribuições	Enfermeiro		Médico		Odontólogo		ACS		Aux. de enfermagem		ACD		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Processo de territorialização e mapeamento da área de atuação	12	57,1	09	60,0	03	60,0	113	91,9	08	36,4	04	100,0	149	10,2
Ações do cuidado em saúde na unidade de saúde.	21	100,0	14	93,3	05	100,0	87	70,7	12	54,5	01	25,0	140	9,6
Ações do cuidado em saúde no domicílio.	20	95,2	13	86,7	05	100,0	106	86,2	17	77,3	04	100,0	165	11,3
Ações do cuidado em saúde nos espaços comunitários.	13	61,9	09	60,0	05	100,0	88	71,5	14	63,6	04	100,0	133	9,1
Ações de integralidade da atenção (promoção, prevenção de agravos e ações curativas).	18	85,7	14	93,3	05	100,0	102	82,9	13	59,1	03	75,0	155	10,6
Ações de vigilância epidemiológica.	20	95,2	14	93,3	05	100,0	114	92,7	12	54,5	04	100,0	169	11,6
Responsabilidade da população adscrita em outros serviços do sistema de saúde	14	66,7	09	60,0	02	40,0	84	68,3	07	31,8	04	100,0	120	8,2
Ações de participação nas atividades de planejamento e avaliação da equipe	21	100,0	09	60,0	02	40,0	112	91,0	14	63,6	01	25,0	159	11
Registro de qualidade das informações da Atenção Básica	19	90,5	07	46,7	03	60,0	86	69,9	10	45,4	01	25,0	126	8,6
Participação nas atividades de educação Permanente	16	76,2	10	66,7	03	60,0	95	77,2	15	68,2	02	50,0	141	9,8

Nota: As definições das atribuições dos profissionais da ESF estão de acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.

Segundo os dados apresentados na tabela 4, a respeito das **atribuições desenvolvidas** pelos profissionais da ESF, 100% (n=21) dos enfermeiros afirmam serem os que relacionam-se ao cuidado em saúde oferecido na unidade e também, as relativas às atividades de planejamento e avaliação da equipe. Em menor proporção, 57% (n=12) dos enfermeiros afirmam realizarem o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação. Por sua vez, 93,3% (n=14) dos médicos, afirmam serem as ações em saúde na unidade, bem como as ações de integralidade da atenção e as ações de vigilância epidemiológica. Em menor proporção, outros 46,7% (n=7) dos médicos ressalta

desenvolverem ações relacionadas ao registro de qualidade das informações na atenção básica.

Quanto aos profissionais odontólogos, 100% (n=5) deles, afirmaram que desenvolvem ações do cuidado em saúde na unidade, no domicílio e nos espaços comunitários, bem como, às ações de vigilância epidemiológica e as ações de integralidade na atenção. Em menor proporção, 40% (n=2) dos odontólogos informam que suas atribuições estão focadas na responsabilidade sobre a população adscrita em outros serviços do sistema de saúde, bem como as ações de participação de planejamento e avaliação da equipe.

Com relação as atribuições desenvolvidas pelos ACS, 92,7% (n=114) deles, informam que realizam ações de vigilância epidemiológica, ao passo que outros 68,3% (n=84), afirmam ter responsabilidade sobre a população adscrita. Já entre os auxiliares de enfermagem, 77,3% (n=17) informam que realizam ações do cuidado em saúde no domicílio, e, em menor proporção, 31,8% (n=7) afirmam desenvolverem ações de responsabilidade sob a área adscrita.

Quanto aos ACD, 100% (n=4) deles informam que desenvolvem ações de processo de territorialização e mapeamento da área, cuidado em saúde no domicílio e nos espaços comunitários, além das ações de vigilância epidemiológica, e responsabilidade sobre a população adscrita em outros serviços do sistema de saúde. Numa menor proporção, 25% (n=1), deles desenvolvem ações do cuidado em saúde na unidade de saúde, ações de participação nas atividades de planejamento e avaliação da equipe e também ações que visem a qualidade do registro de informação na atenção básica.

De acordo com a portaria nº 648 são definidas as atribuições específicas para cada profissional de saúde que trabalha na ESF. A maioria informou atuar através do desenvolvimento de ações que se inter-relacionam entre si. Estas ações, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional para atender ao novo modelo de atenção, apresentam no geral, indicadores positivos consideráveis no que concerne às atribuições que lhes competem e, poucos são os profissionais, que apresentam baixos índices no desenvolvimento de ações (como é o caso dos auxiliares de enfermagem).

Contudo, vale ressaltar que as ações de participação nas atividades de planejamento e avaliação da equipe, apresentam indicadores que divergem entre os profissionais e não tem sido desenvolvidas de maneira uniforme entre eles. Nesse aspecto, apenas os profissionais enfermeiros, em sua maioria, informam realizá-las com frequência. Fato esse que podem indicar um trabalho em equipe sem entrosamento e pouco uniforme.

Ao se analisar as atribuições exercidas pelos profissionais da ESF e importante compreendê-las no contexto de trabalho em saúde, a sua forma de organização e articulação junto ao modelo assistencial da ESF, como também, de que forma se articulam os profissionais que nele trabalham. Considera-se que o trabalho em saúde, de acordo com Ribeiro et al (2004), majoritariamente um trabalho coletivo institucional, desenvolvido com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho em saúde e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.

Considera-se o foco central do processo de trabalho de Saúde da Família como a prática do cuidado familiar ampliado, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2006 b), centralizado na prestação de uma assistência integral, contínua, com resolutividade e de qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, na perspectiva da família, se faz necessário que os profissionais atuem em um território de abrangência, mapeando e reconhecendo a área adscrita e identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Tabela 5 - Distribuição das situações de facilidades e dificuldades vivenciadas no trabalho pelos profissionais da ESF, segundo a sua opinião, Ceará - Mirim, RN, 2007.

Situações de Trabalho Vivenciadas	Dificuldade		Facilidade		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%
Número de famílias acompanhadas	77	40,5	110	57,9	03	1,6
Atividades educativas	75	39,5	111	58,4	04	2,1
Visitas domiciliares	44	23,2	144	75,8	02	1,0
Atendimento por grupos específicos	55	28,9	133	70,0	02	2,6
Conhecimento da população em seu território	23	12,1	158	83,2	09	4,7
Treinamento introdutório	41	21,6	137	72,1	12	6,3
Entrosamento da equipe	40	20,1	146	76,8	04	2,2
Profissionais com perfil em saúde pública na equipe.	09	4,7	177	93,2	04	4,1
Disponibilidade de equipamentos e instrumentos	165	86,8	22	11,6	03	1,6
Disponibilidade de insumos	150	78,9	30	15,8	10	5,3
Disponibilidade de medicamentos	158	83,2	25	13,2	07	3,6
Entrega de mapas / estatísticas em tempo hábil	50	26,3	132	69,5	08	4,2
Supervisão e inspeção pelos técnicos da secretaria de saúde	34	17,9	145	76,3	11	5,8
Tempo de permanência dos profissionais na área de atuação	74	38,9	110	57,9	6	3,2
Carga horária dos profissionais.	83	43,7	96	50,5	11	5,8
Modalidade de vínculo contratual dos profissionais.	128	67,4	53	27,9	09	4,7
Faixa salarial dos profissionais.	156	82,1	24	12,6	10	5,3

De acordo com os resultados evidenciados na tabela 5, com relação às **facilidades e dificuldades vivenciadas** pelos profissionais da ESF 190 dos entrevistados, 93,2% (n=177) responderam que são as que se relacionam a presença de profissionais com perfil em saúde pública na equipe, seguidos por 83,2% (n=158) dos profissionais que alegam o fato dos profissionais da ESF conhecerem o seu território de atuação como outra facilidade, e ainda, o entrosamento da equipe, referido por outros 76,8% (n=146) dos entrevistados.

Quanto às **dificuldades** existentes no dia-a-dia do trabalho, dos profissionais da ESF 86,8% (n=165) deles afirmam refere-se a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos seguidos por 83,2% (n=158) de outros profissionais que

afirmam ser a indisponibilidade de medicamentos outra dificuldades vivenciada. Ainda para 82,1% (n=156) desses profissionais a baixa faixa salarial tem sido um fator que dificulta.

Ainda na tabela 6, mencionadas em menor proporção, quanto às facilidades, 11,6 % (n=22) dos profissionais afirmam que a disponibilidade de equipamentos e instrumentos também é uma facilidade para o desempenho das suas funções na ESF. Assim como a ausência de um perfil para o trabalho em saúde pública, referido por 4,7% (n=9) desse estudo, que consideram o fator uma dificuldade para a equipe da ESF.

Estes resultados indicam que os profissionais que trabalham na ESF, tem suas atividades centradas numa tecnologia dura (disponibilidade de equipamentos e medicamentos) e leve-dura (o saber profissional). Contudo, reconhecem a importância do perfil profissional em saúde pública para compor a equipe da ESF, como também, o conhecimento da população em seu território, quando afirmam serem essas atribuições facilitadoras para um melhor desempenho das suas atividades na ESF.

Segundo Merhy (1999), um modelo de assistência produtor do cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades deve operar centralmente a partir das tecnologias leves (inscritas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e tecnologias leve-duras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado). No caso específico desse estudo, parece haver a necessidade de uma re-avaliação do modelo, pois na perspectiva teórica de Merhy (1999), o modelo vivenciado, encontra-se ainda centrado nas ações desses profissionais.

Tabela 6 - Distribuição das situações vivenciadas/facilidades no trabalho por profissionais da ESF, segundo a categoria profissional, Ceará-Mirim, RN, 2007.

Situações Vivenciadas/ Facilidades	Enfermeiro		Médico		Odontólogo		ACS		Auxiliar de enfermagem		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Número de famílias acompanhadas	11	52,4	06	40,0	02	40,0	80	65,0	10	45,4	109	6,4
Atividades educativas	12	57,1	08	53,3	03	60,0	70	56,9	15	68,2	108	6,3
Visitas domiciliares	14	66,7	10	66,7	04	80,0	99	80,5	14	63,6	141	8,2
Atendimento por grupos específicos	15	71,4	08	53,3	03	60,0	87	70,7	17	77,3	130	7,6
Conhecimento da população em seu território	15	71,4	11	73,3	02	40,0	112	91,0	15	68,2	155	9,0
Treinamento introdutório	16	76,2	11	73,3	01	20,0	91	73,9	16	72,7	135	7,9
Entrosamento da equipe	11	52,4	14	93,3	05	100,0	96	77,4	17	77,3	140	8,2
Profissionais com perfil de saúde pública na equipe.	21	100,0	15	100,0	05	100,0	113	91,8	19	86,4	173	10,1
Disponibilidade de equipamentos e instrumentos	01	4,8	03	20,0	04	80,0	09	7,3	02	9,1	19	1,1
Disponibilidade de insumos	03	14,3	02	13,3	02	40,0	12	9,8	10	45,4	29	1,7
Disponibilidade de medicamentos	01	4,8	03	20,0	01	20,0	13	10,6	06	27,3	24	1,4
Entrega de mapas / estatísticas em tempo hábil	08	38,1	09	60,0	04	80,0	98	79,0	11	52,3	130	7,6
Supervisão e inspeção pelos técnicos da secretaria de saúde	18	85,7	09	60,0	03	60,0	99	80,5	14	63,6	143	8,3
Tempo de permanência dos profissionais na área de atuação	12	57,1	10	66,7	05	100,0	70	56,9	12	27,1	109	6,3
Carga horária dos profissionais.	12	57,1	09	60,0	04	80,0	55	44,3	14	63,6	94	5,5
Modalidade de vínculo contratual dos profissionais.	05	23,8	03	20,0	01	20,0	37	30,1	07	31,8	53	3,1
Faixa salarial dos profissionais.	04	19,0	03	20,0	01	20,0	14	11,4	01	4,5	23	1,3

Os resultados da tabela 6, relacionados às **facilidades vivenciadas** no trabalho e referidas pelos profissionais da ESF, de acordo com 100% (n=41) dentre aqueles de nível superior, a existência de profissionais com perfil para o trabalho em saúde pública na ESF tem sido uma das maiores dificuldades.

Outras facilidades apontadas pelos entrevistados relacionam-se a boa execução de suas atribuições específicas. Segundo 85,7% (n=18) dos enfermeiros, as atividades de supervisão e inspeção realizadas pelos técnicos da secretaria de saúde também tem facilitado seu trabalho. Por sua vez 93,3% (n=14) dos médicos, uma das maiores facilidades está no entrosamento da equipe. Em contra partida 100,0% (n=5) dos odontólogos referem que além do entrosamento da equipe da ESF, o tempo de permanência dos profissionais na área de atuação também é um facilitador no trabalho.

Para os profissionais de nível médio 100%, (n=4) dos ACD, 91,8%, (n=113) dos ACS e 86,4%, (n=19) dos auxiliares de enfermagem, a presença na equipe de profissionais com o perfil para o trabalho em saúde pública caracteriza-se como a maior facilidade. Enquanto que 91,0% (n=112) dos ACS, afirmam que o conhecimento em seu território também é uma facilidade encontrada no trabalho da ESF. Para outros 77,3% (n=17) dos auxiliares de enfermagem, tanto o atendimento em saúde por grupos específicos como o entrosamento entre os membros da equipe são facilidades por eles vivenciadas. E ainda, 75% (n=3) dos ACD referiram que as atividades educativas, as visitas domiciliares, o conhecimento da população em seu território, o entrosamento da equipe e a disponibilidade de equipamentos e instrumentos são elementos facilitadores na execução das suas atividades.

Entre as facilidades citadas, em menor proporção, para 4,8% (n=1) dos enfermeiros, são a disponibilidade de equipamentos e instrumentos e também de medicamentos. Por sua vez, 13,3% (n=2) dos médicos, a disponibilidade de insumos também é uma facilidade para o trabalho, enquanto que para 20% (n=1) dos odontólogos, o treinamento introdutório na ESF, a disponibilidade de medicamentos, a modalidade do vínculo contratual e a faixa salarial respectivamente, também são aspectos facilitadores.

Ainda foram citadas, por 25,0% (n=1) dos ACD, que o número de famílias acompanhadas, a disponibilidade de insumos e de medicamentos, bem como, o tempo de permanência dos profissionais na área de atuação e a sua faixa salarial, também elementos facilitadores no desenvolvimento das suas ações. Para 7,3% (n=9) dos ACS, a disponibilidade de equipamentos e instrumentos também é um facilitador, enquanto que para 4,5% (n=1) dos auxiliares de enfermagem, a faixa salarial dos profissionais, também é uma das facilidades.

Dentre todas as facilidades apontadas pelos profissionais, a variável perfil em saúde pública do profissional da ESF obteve os maiores índices e foi citada por todos os profissionais como aspecto que mais facilita o trabalho da equipe na ESF. Assim, entende-se que estes profissionais valorizam a formação do profissional de saúde que incluem conteúdos que contemplam o novo modelo assistencial, de maneira que os subsidiem para essa prática.

Nesse sentido, Motta et al (2001), vêm redefinindo de forma dinâmica as necessidades de requalificação profissional impondo uma revisão dos modelos de formação até então adotadas, desse modo a rever os princípios e pressupostos do SUS a partir dessa nova perspectiva.

Em relação ao entrosamento da equipe, é importante a viabilização do trabalho em conjunto e a necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um campo de produção do cuidado comum a todos (FRANCO; MERHY, 1998). Portanto, há necessidade do compartilhamento do planejamento em equipe e da divisão de tarefas, além da cooperação e colaboração mútuas, a fim de que se possa atingir os objetivos do programa.

Tabela 7 - Distribuição das situações vivenciadas/dificuldades no trabalho por profissionais da ESF, segundo a categoria profissional, Ceará - Mirim, RN, 2007.

Situações Vivenciadas/ Dificuldades	Enfermeiro		Médico		Odontólogo		ACS		Auxiliar de enfermagem		ACD		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Número de famílias acompanhadas	09	42,8	09	60,0	03	60,0	42	34,1	12	54,4	02	50,0	77	5,7
Atividades educativas	09	42,8	07	46,7	02	40,0	49	39,8	07	31,8	01	25,0	75	5,5
Visitas domiciliares	07	33,3	05	66,3	01	20,0	23	18,7	07	31,8	01	25,0	44	3,2
Atendimento por grupos específicos	05	23,8	06	40,0	01	20,0	36	29,3	04	18,2	03	75,0	55	4,0
Conhecimento da população em seu território	04	19,0	01	6,7	03	60,0	08	6,5	06	27,3	01	25,0	23	1,7
Treinamento introdutório	03	14,3	04	26,7	04	80,0	25	20,3	04	18,2	01	25,0	41	3,0
Entrosamento da equipe	08	38,1	01	6,7	00	0,0	26	21,0	04	19,0	01	25,0	40	2,9
Profissionais com perfil de saúde pública na equipe.	00	0,0	00	0,0	00	0,0	08	6,5	01	4,5	00	0,0	09	0,6
Disponibilidade de equipamentos e instrumentos	20	95,2	12	80,0	01	20,0	113	91,1	19	90,5	00	0,0	165	12,1
Disponibilidade de insumos	16	76,2	12	80,0	03	60,0	107	86,9	10	45,4	02	50,0	150	11,0
Disponibilidade de medicamentos	20	95,2	12	80,0	04	80,0	106	85,5	14	66,7	02	50,0	158	11,6
Entrega de mapas / estatísticas em tempo hábil	13	61,9	06	40,0	01	20,0	23	18,7	06	27,3	01	25,0	50	3,7
Supervisão e inspeção pelos técnicos da secretaria de saúde	02	9,5	05	33,3	02	40,0	19	15,4	05	22,7	01	25,0	34	2,5
Tempo de permanência dos profissionais na área de atuação	08	38,1	04	26,7	00	0,0	51	41,1	09	42,8	02	50,0	74	5,4
Carga horária dos profissionais.	06	28,6	05	33,3	00	0,0	65	52,4	06	27,3	01	25,0	83	6,1
Modalidade de vínculo contratual dos profissionais.	15	71,4	11	73,3	04	80,0	82	66,7	13	59,1	03	75,0	128	9,4
Faixa salarial dos profissionais.	17	80,9	11	73,3	04	80,0	103	83,1	19	90,5	02	50,0	156	11,5

Conforme os resultados da tabela 7, referentes às **dificuldades vivenciadas** no trabalho e relatadas pelos entrevistados, por categoria profissional, mostram que para 95,2% (n=20) dos enfermeiros as dificuldades são as indisponibilidades de equipamentos e instrumentos e, de medicamentos. Em relação ao profissional médico, segundo 80% (n=12),

as maiores dificuldades enfrentadas são a indisponibilidade de equipamentos como também de insumos e medicamentos.

Quanto aos odontólogos, 80% (n=4) deles referem a ausência de treinamento introdutório na ESF, bem como, a indisponibilidade de medicamentos e a modalidade de vínculo contratual, além de uma faixa salarial baixa, como fatores dificultantes para a realização de suas atividades no trabalho.

Em proporções menores, outras dificuldades ainda foram mencionadas. Segundo 9,5 % (n= 2) dos enfermeiros a supervisão e a inspeção dos técnicos da secretaria de saúde é uma dificuldade para a realização das suas atividades. Para este grupo, provavelmente este acompanhamento tem caráter de cobrança e avaliação de seu trabalho.

Os profissionais médicos por sua vez, 6,7% (n=1) afirmam que o não conhecimento da população quanto ao seu território e a falta de entrosamento na equipe são elementos que dificultam a realização das suas atividades. Neste caso, é possível supor que tal queixa decorra da não adesão entre alguns membros da equipe aos princípios que fundamentam a proposta da ESF.

De acordo com 20% (n=1) dos odontólogos, as visitas domiciliares, o atendimento por grupos específicos, a disponibilidade de equipamentos, instrumentos e a entrega de mapas/estatísticas em tempo hábil, são dificuldades enfrentadas em uma menor proporção.

Ainda com relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de nível médio, de acordo com 91,1% (n=113) dos ACS e 90,5% (n=19) dos Auxiliares de Enfermagem, a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos são algumas dificuldades por eles sentidas. Também foi referida como dificuldade pelos Auxiliares de Enfermagem, a faixa salarial dos profissionais. Por sua vez, de acordo com 75,0% (n=3) dos ACD o atendimento a grupos específicos e a modalidade de vínculo contratual dos profissionais são suas dificuldades expressivas e presentes na realização das suas atividades.

Ainda relacionada às dificuldades, em proporção menores, para 25,0% (n=1) dos ACD a ausência de atividades educativas, as visitas domiciliares, bem como, o não conhecimento da população em seu território, a falta de treinamento introdutório na ESF, o não entrosamento da equipe e ainda, a entrega de mapas/estatísticas em tempo não hábil, a supervisão e inspeção pelos técnicos da secretaria de saúde, e a carga horária dos profissionais são os aspectos presentes, mas que interferem no bom desempenho de seu trabalho.

Dentre as dificuldades vivenciadas e citadas, portanto, pelos profissionais da ESF, os resultados indicam que a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos, de

medicamentos e de insumos, são as queixas ou dificuldades com índices expressivos entre os médicos e enfermeiros e, de certa forma, demonstra em quais atividades encontra-se focado o trabalho desses profissionais. Pode-se dizer que a ênfase continua sendo nas atividades consideradas de tecnologias leve-duras e duras, distante de um foco centrado na produção do cuidado em saúde, como afirmam Merhy et al. (2006).

Por sua vez, os odontólogos, também referem a indisponibilidade de medicamentos como dificuldades presentes em seu trabalho e, apontam outras dificuldades relacionadas a ausência de treinamento introdutório da ESF, a modalidade do vínculo contratual e faixa salarial. No caso específico deste profissional, percebe-se que, excetuando-se a indisponibilidade de medicamentos, as outras dificuldades estão mais relacionadas ao trabalho propriamente dito na ESF, dado que talvez possa ser justificado devido ao fato de ser uma categoria inserida na equipe há apenas alguns anos. Dessa forma, considera-se serem suas dificuldades mais citadas. Sugere-se que eles continuem utilizando os dois modelos assistenciais e tentem manter o novo modelo proposto como o hegemônico.

No geral, os profissionais de nível médio também referem-se a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos como uma dificuldade e isso é uma queixa até mesmos entre os ACS que não se utilizam de tecnologias para desenvolver as suas atividades. O ACD e a categoria que mais ressalta como dificuldade, o atendimento aos grupos específicos e modalidade do vínculo contratual, o que pode ser justificado devido ao pouco tempo de sua inserção na equipe da ESF.

Na perspectiva da organização do trabalho em saúde devem ser incluídos desde os materiais, os equipamentos e os procedimentos, até a gestão dos incidentes, (ABRAHAO, 2000). A diferença entre o que é previsto e o que é realizado, entre o desejável e o real, precisa ser analisada, pois nas situações de trabalho ocorrem variações frequentes em decorrência de vários fatores. Dentre eles, vale ressaltar a organização do trabalho, bem como aqueles relacionados às características do trabalhador.

Em relação à modalidade do vínculo, este é formalizado por meio de contratos de trabalho temporários ou outras formas precárias de incorporação. A instabilidade do vínculo trabalhista e conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional, tem sido apontada como um dos principais responsáveis pela rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes da ESF (TRAD, 2003). As condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades são, portanto, motivos que geralmente causam segmentação na equipe e descontinuidade de suas ações de saúde.

Quadro 2 - Distribuição dos maiores empecilhos para a realização do trabalho na ESF, de acordo com a categoria profissional, Ceará-Mirim, RN, 2007.

Categorias	1º empecilho	2º empecilho	3º empecilho
Enfermeiro	Modalidade de vínculo contratual dos profissionais	Disponibilidade de equipamentos e instrumentos	Entrosamento entre os membros da equipe
Médico	Disponibilidade de medicamentos	Número de famílias acompanhadas	Modalidade de vínculo contratual dos profissionais
Odontólogo	Número de famílias acompanhadas	Modalidade de vínculo contratual dos profissionais	Faixa salarial dos profissionais
ACS	Disponibilidade de medicamentos	Faixa salarial dos profissionais	Disponibilidade de equipamentos e instrumentos
Auxiliar de enfermagem	Disponibilidade de equipamentos e instrumentos	Disponibilidade de medicamentos	Faixa salarial dos profissionais
Auxiliar de consultório dentário	Número de famílias acompanhadas	Modalidade de vínculo contratual dos profissionais	Disponibilidade de insumos

De acordo com os resultados do quadro 2, quanto aos três maiores **empecilhos** citados pelos profissionais no desenvolvimento das suas atividades, identificam-se alguns resultados comuns. Com relação ao 1º empecilho, apresentados na forma decrescente, ou seja, o de maior valor, na opinião dos enfermeiros trata-se da modalidade de vínculo contratual dos profissionais, enquanto que, para os médicos e ACS, refere-se a indisponibilidade de medicamentos; para os odontólogos e ACD está relacionado com o número de famílias acompanhadas na ESF. Finalmente para os auxiliares de enfermagem, a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos.

Como 2º empecilho, foi considerado pelos enfermeiros a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos e para os médicos seria o número de famílias acompanhadas na ESF. Por sua vez, os odontólogos e ACS consideram como 2º empecilho a modalidade de vínculo contratual dos profissionais, enquanto que os ACS consideram a faixa salarial, já os auxiliares de enfermagem a indisponibilidade de medicamentos.

Finalmente como 3º empecilho por ordem decrescente, de acordo com os enfermeiros, está o entrosamento da equipe, enquanto que, para os médicos a modalidade de vínculo contratual. Já os odontólogos e auxiliares de enfermagem, fizeram menção como 3º empecilho a faixa salarial. Quanto aos ACS, o 3º maior empecilho é a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos e, finalmente para os ACD a indisponibilidade de insumos.

Das 17 categorias (correspondentes aos 17 itens) apresentadas nas situações vivenciadas pelos profissionais da ESF como dificuldades (tabela 8), observa-se na tabela 9, que 7 itens foram citados como os 3 maiores empecilhos para a realização do trabalho da equipe da ESF, dentre eles, a modalidade do vínculo contratual, a faixa salarial, a indisponibilidade de medicamentos, equipamentos, instrumentos e insumos como também a ausência de entrosamento da equipe e o número de famílias acompanhadas.

Em relação ao trabalho precário, este se refere a ausência de estabilidade e segurança dos profissionais, o que os tornam vulneráveis (CASTRO 2006). Para o mesmo autor o maior problema gerado pelo trabalho precário é a vulnerabilidade do vínculo, causadora de grande insegurança no mercado de trabalho, que expõe o trabalhador a uma subordinação, impossibilitando-o de gozar plenamente dos seus direitos trabalhistas. Essa insegurança e a instabilidade condizem com a realidade da organização do trabalho flexível, que atende às necessidades e demandas dos contratantes de serviços, de acordo com as flutuações do mercado.

De fato, a vulnerabilidade do vínculo é um aspecto presente entre os profissionais no município em estudo. Em relação aos profissionais da ESF, é possível afirmar que estes não gozam plenamente dos direitos trabalhistas, já que os contratos são temporários e renovados a cada ano, o que pode explicar as inúmeras queixas relacionadas ao tipo de vínculo empregatício enquanto dificuldade para o desempenho no trabalho.

As variações salariais e as condições de trabalho entre os profissionais, a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos, medicamentos, insumos e outros, têm contribuído para o agravamento da rotatividade profissional (NASCIMENTO; NASCIMENTO 2005). No grupo estudado esses também são fatores agravantes.

Quando se trata do aspecto relacionado ao trabalho em equipe da ESF, há uma ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e um baixo grau de interação entre as categorias profissionais e que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio (BASTOS, 2003).

A articulação das ações ou do trabalho requer que cada agente tenha um dado conhecimento do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde (SCHRAIBER et al. 1999). Talvez por isso, a maioria das categorias profissionais que compõe a equipe da ESF, no município estudado, consideram o bom entrosamento um aspecto facilitador do trabalho, sendo a sua ausência um empecilho para a concretização de ações.

Ainda com relação ao quadro 2, há profissionais que referem também como empecilho no seu trabalho o acompanhamento das famílias. Em se tratando do município em estudo, das 21 equipes existentes 38 % (n=8) delas acompanham mais de 1000 famílias (APÊNDICE A). Tal fato se justifica pelo município não ter 100% de cobertura da ESF, o que contraria as especificações da portaria n°. 648 (BRASIL, 2006).

Tabela 8 - Distribuição das variáveis emprego e local de trabalho, de acordo com categoria profissional da ESF, Ceará - Mirim, RN, 2007.

Categoria	Hospital e ESF		Hospital, ESF e Consultório		ESF e Educação		ESF, Hospital e Educação		ESF e Consultório		ESF		Não responderam	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Enfermeiro	08	34,8	00	0,0	02	40,0	01	100	00	0,0	08	6,1	02	8,3
Médico	09	39,1	01	100	00	0,0	00	0,0	01	20,0	03	2,3	01	4,2
Odontólogo	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	04	80,0	01	1,0	00	0,0
ACS	04	17,4	00	0,0	03	60,0	00	0,0	00	0,0	97	74,0	19	79,2
Auxiliar de enfermagem	02	8,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	18	13,6	02	8,3
Auxiliar de consultório dentário	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0	04	3,0	00	0,0
Total	23	100	01	100	05	100	01	100	05	100	131	100	24	100

Os resultados apresentados na tabela 8, relacionam-se aos **locais de trabalho** por categoria profissional da ESF. Dos 166 profissionais que referiram ter outros vínculos, 23 trabalham em hospital e na ESF, sendo que 39,1% (n=9) são médicos, 34,8% (n=8) são enfermeiros, 17,4% (n=4) são ACS e 8,7% (n=2) são auxiliares de enfermagem. Os odontólogos e os ACD foram os únicos que não referiram trabalhar no hospital e na ESF. Apenas um médico (100%) trabalha no hospital, na ESF e no consultório; 5 profissionais trabalham na ESF e na educação, sendo 60% (n=3) ACS e 40% (n=2) enfermeiros. Apenas 1 enfermeiro (100%) trabalha na ESF, no hospital e na educação. Em relação aos locais de trabalho, 5 profissionais referiram trabalhar na ESF e consultório, sendo eles: os odontólogos, 80% (n=4) e médico, 20% (n=1) respectivamente.

Portanto, de acordo com a tabela 8, pode-se afirmar que a maior proporção dos profissionais que trabalham exclusivamente na ESF corresponde a categoria dos ACS com 74% (n=97), seguido por 1% (n=1), dos odontólogos e ainda os médicos com 2,3% (n=3).

É possível supor que isso seja consequência da modalidade do vínculo contratual a que está submetida à maioria dos profissionais contratados pelo município, e que os levam, devido à instabilidade no emprego, a buscar outros serviços.

Embora a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabeleça 40 horas de trabalho semanal para os profissionais da ESF (BRASIL, 2006a), percebe-se nesse estudo que 31% dos profissionais possuem outros vínculos, o que vem corroborar os resultados obtidos no estudo realizado no município de Teixeira, Minas Gerais, onde a disponibilidade de dedicação exclusiva a ESF foi de 32,1% de seus profissionais trabalhando em outros locais, ou seja, acumulando atividades profissionais (COTTA et al, 2006).

Os ACS são os únicos profissionais que realizaram concurso no município em estudo. Os demais membros da equipe de saúde possuem contratos temporários.

Os espaços nos quais a prática médica se desenvolve são espaços que se traduzem em contextos organizacionais diversos, de âmbito público e privado, norteados por lógicas particulares de funcionamento. A maioria dos profissionais concilia (ou tenta conciliar) múltiplos vínculos institucionais, o que demanda um permanente movimento de ajuste situacional (ROCHA; TRAD, 2005).

Para os mesmos autores o mercado e as condições de trabalho variam de hospitais que utilizam alta tecnologia a ambulatórios ou hospitais com baixa incorporação tecnológica. O vínculo institucional revela outra face perversa do projeto neoliberal: a flexibilização e a precarização do trabalho e das relações trabalhistas.

Portanto, o maior problema gerado pelo trabalho precário é a vulnerabilidade do vínculo, que expõem o trabalhador a uma subordinação, impossibilitando-o de usufruir plenamente seus direitos trabalhistas.

Quadro 3 - Distribuição das ações desenvolvidas e das condições facilitadoras de trabalho dos auxiliares de enfermagem na ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.

Ações desenvolvidas	Auxiliar de enfermagem	Número de Citação
Ações clínicas	<u>Avaliação em saúde</u>	
	- Verificação de sinais vitais	07
	- Preparo do paciente	03
	<u>Ações clínicas</u>	
	- Curativo	02
Ações de promoção em saúde	- Retirada de Pontos	06
	- Administração de Medicamentos	05
	- Marcação de Exames	08
	<u>Ações de promoção</u>	
	- Visita domiciliar	02
Condições facilitadoras de trabalho	- Reunião educativa	04
	<u>Ações de proteção específica</u>	
	- Imunização	01
Trabalho em equipe	- Ações de vigilância epidemiológica	07
	- Humanização	04
	- Supervisão e inspeção pela equipe técnica	03
	- Entrosamento	04
Melhoria das condições de trabalho	- Reconhecimento do Trabalho realizado	04
	- Modalidade Contratual	02
	- Melhoria salarial	02
	- Materiais de trabalho	01
	- Cumprimento da carga horária	04
	- Melhoria da estrutura física da unidade básica de saúde	03
	- Redução do número de famílias por equipe	03
- Cursos de capacitação	03	

Os resultados apresentados no quadro 3 relacionam-se às **ações desenvolvidas e condições de trabalho** referidas pelos auxiliares de enfermagem na ESF. De acordo com a opinião desses profissionais, as ações de imunização, curativos e as visitas domiciliares foram as mais citadas, enquanto que, a marcação de exames e a verificação de sinais vitais, foram menos citadas. Estes resultados indicam que as ações desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem na ESF estão centralizadas tanto em ações clínicas (curativos) e como nas ações de promoção em saúde (imunização e visitas domiciliares); no entanto, pode haver uma necessidade por parte desses profissionais, de centralizarem as suas ações na promoção em saúde, através das ações de vigilância epidemiológica, das reuniões educativas, dentre outras, considerando que o foco da ESF deve ser a promoção em saúde.

No tangente às condições de trabalho (facilitadoras) na ESF, as mais citadas foram: a disponibilidade de material de trabalho, a melhoria salarial e a mudança no tipo de modalidade contratual, enquanto que as menos referenciadas, estão relacionados ao trabalho e ao entrosamento da equipe, a questão da humanização e do seu reconhecimento profissional.

Este último remete a questão do reconhecimento profissional através de melhoria salarial e da legalização do trabalho.

Portanto os resultados apontados pelos auxiliares de enfermagem da ESF indicam que as ações de promoção à saúde e proteção específica são as que desenvolvem com maior enfoque o que condiz com seu envolvimento no modelo de atenção básica de saúde, mesmo que, com pouca referência ao trabalho e ao entrosamento em equipe.

Sobre a formação dos auxiliares de enfermagem, Souza (2002), afirma tratar-se de uma formação com conhecimentos centralizados na área hospitalar e poucos conteúdos na área de saúde pública. Percebe-se então, haver uma aproximação entre esse profissional e o novo modelo assistencial.

Quadro 4 - Distribuição das ações desenvolvidas e as condições facilitadoras de trabalho dos auxiliares de consultório dentário na ESF, de acordo com as suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.

Ações desenvolvidas na estratégia	Auxiliar de consultório dentário	Número de citação
Ações clínicas	<u>Ações de avaliação</u>	
	- Procedimentos ambulatoriais	02
Ações de promoção em saúde	- Visita domiciliar	02
	- Reunião educativa	01
	- Procedimentos coletivos	02
Condições facilitadoras de trabalho		
Trabalho em Equipe	- Entrosamento	02
Melhoria das condições de Trabalho	- Materiais de trabalho	01
	- Melhoria salarial	02

De acordo com o quadro 4, as **ações desenvolvidas** e mais citadas pelos ACD na ESF, por ordem crescente, foram as reuniões educativas, seguidas dos procedimentos ambulatoriais, das visitas domiciliares e dos procedimentos coletivos. Esses resultados afirmam serem as atividades destes profissionais focalizadas na promoção da saúde. Vale uma observação a despeito dessa questão, é o fato de que, só há pouco tempo esse profissional faz parte da equipe, e mesmo assim, demonstra uma aproximação considerável com os objetivos da ESF.

Com relação às **condições facilitadoras de trabalho** mais referenciadas foram a disponibilidade de materiais de trabalho, seguidas do entrosamento da equipe e da melhoria salarial. Tais resultados indicam que o profissional encontra-se num momento de adaptação e organização junto a ESF, pois mencionam formas diversificadas sobre as condições facilitadoras de trabalho.

Quadro 5 - Distribuição das ações desenvolvidas e das condições facilitadoras de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.

Ações desenvolvidas na estratégia	Agentes Comunitários de Saúde	Número de citação
Ações clínicas	-	-
Ações de promoção em saúde	- Reunião educativa	02
	- Visita domiciliar	01
	- Ação educativa	04
	- Ações de vigilância epidemiológica	03
Ações burocráticas	- Atualização do cartão SUS	05
	- Acompanhamento da bolsa família	05
	- Atualização do SIAB	06
Condições facilitadoras de trabalho		
Trabalho em Equipe	- Valorização do trabalho	04
	- Visita domiciliar com a equipe	09
	- Empenho de toda a equipe	09
	- Humanização	09
	- Entrosamento	07
	- Supervisão e inspeção	09
Melhoria das condições de trabalho	- Materiais de trabalho	01
	- Melhoria salarial	02
	- Cumprimento da carga horária	06
	- Modalidade contratual	09
	- Redução de número de famílias por equipe	03
	- Aumento do número de exames laboratoriais	05
	- Profissionais residentes na área	08
	- Capacitação permanente	05
	- Unidade básica de saúde na área de abrangência	09
	- Melhoria da estrutura física da unidade básica de saúde	09
- Profissionais com perfil em saúde pública	07	

Conforme os resultados apresentados no quadro 5, por ordem crescente de citação, das **ações desenvolvidas** pelos ACS, as mais referidas foram as visitas domiciliares seguidas das reuniões educativas e das ações de vigilância epidemiológica enquanto que, as citadas em menor escala foram o preenchimento e a atualização do SIAB. Esses resultados sugerem que as ações mencionadas por esta categoria direcionam-se para as ações de promoção à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde mesmo que tenham referido realizarem com menor frequência, o cadastramento das famílias em sua microárea.

De acordo com o MS determina-se como uma das atribuições dos ACS o acompanhamento por meio de visitas domiciliares, a todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e de acordo com as metas definidas pela equipe, além de manter o SIAB atualizado (BRASIL, 2006 a).

No que se refere às **condições facilitadoras de trabalho**, mencionadas pelos ACS, a mais referenciada foi à disponibilidade de material para a execução de suas atividades acompanhada pela melhoria salarial e pela redução do número de famílias por

equipe. Citadas em menor frequência foram às condições de trabalho relacionadas à modalidade contratual além da localização da unidade de saúde na área de abrangência e a melhoria da sua estrutura física, como também o trabalho em equipe, seja na realização das visitas domiciliares, seja no empenho desta e no atendimento humanizado em saúde.

Ao que parece, esses resultados demonstram ter os ACS, uma rotina diária ocupada por uma diversidade de ações que eles costumam desenvolver no seu dia a dia de trabalho, fato provável para tê-los feito indicarem a disponibilidade de material uma condição fundamental para o seu desenvolvimento.

Todo profissional de saúde, independente das atividades que realiza, necessita dispor de materiais específicos para executar as suas atribuições como também trabalhar de forma harmônica com a equipe.

Quadro 6 - Distribuição das ações desenvolvidas e das condições facilitadoras de trabalho dos Médicos na ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.

Ações desenvolvidas na estratégia	Médicos	Número de citação
Ações clínicas	<u>Ações de atenção básica na intersetorialidade</u>	
	- Solicitação de exames	06
	- Encaminhamentos para especialistas	06
	<u>Ações clínicas</u>	
	- Atendimento ao indivíduo, a família e a grupos específicos.	01
	- Atendimento ambulatorial	03
	- Atendimento domiciliar	06
	<u>Ações de diagnóstico e pronto atendimento</u>	
	- Assistência domiciliar	06
	- Acompanhamento a pacientes internado	06
Ações de promoção em saúde	- Visita domiciliar	04
	- Ação educativa	07
	- Educação em saúde	02
	<u>Ações de proteção específica</u>	
- Ações de vigilância epidemiológica	05	
Condições facilitadoras de trabalho		
Trabalho em Equipe	- Entrosamento	03
Melhoria das condições de trabalho	- Materiais de trabalho	01
	- Redução do número de famílias por equipe	03
	- Capacitação permanente	04
	- Melhorar a estrutura física da unidade básica de saúde	02
	- Rever a modalidade contratual	03
- Cumprimento da carga horária	04	

Segundo os resultados apresentados no quadro 6, sobre as **ações desenvolvidas** pelo profissional médico na ESF, verifica-se que a ação mais citada relaciona-se ao atendimento ao indivíduo, a família e aos grupos específicos, seguidas pelas ações educativas e de atendimento ambulatorial.

Esses resultados demonstram que, o profissional médico tem as suas ações centralizadas em ações clínicas, de assistência individual e coletiva, quando refere-se, ser o atendimento na unidade (demanda espontânea), a que mais desenvolve. Nesse sentido, entende-se haver uma necessidade, por parte desse profissional, em realizar uma qualificação que possa ajudá-lo no estabelecimento de ações voltadas para a promoção da saúde e a proteção específica do indivíduo.

Vários treinamentos e capacitações nos sistemas focalizados na atenção básica de saúde vêm sendo ministrados pela Equipe Técnica da Secretaria de Saúde desse município, porém, observa-se uma resistência a mudanças nos profissionais que compõem a ESF, já que muitos preferem o continuísmo, arraigados que estão ao modelo clínico assistencial. Percebe-se ser uma realidade na qual há uma preocupação maior com a demanda espontânea ao invés da oferta de serviços de acordo com a necessidade da população.

Quanto a qualificação do profissional médico que trabalham na ESF, é uma questão que deve ser vista e analisada com atenção, uma vez, que poucos são os que possuem curso de especialização na área específica ou área afim de saúde pública (MACHADO, 2002).

Segundo o MS (ano), é atribuição da categoria médica prestar assistência integral (promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2006a).

Em relação às **condições facilitadoras do trabalho na ESF**, a mais mencionada pelos profissionais médicos, como também pelos ACS, foi a indisponibilidade de materiais para a execução de suas atividades, seguida da melhoria da estrutura física da unidade, da modalidade de contrato e a redução do número de famílias por área de atuação. E, as menos referenciadas foram às capacitações permanentes e o cumprimento da carga horária.

Percebe-se que o profissional médico ainda tem suas ações centralizadas no atendimento clínico individual, visto que, foi a ação mais citada, além de identificar-se que as ações de promoção em saúde foram pouco mencionadas.

Verifica-se então, que as ações favorecedoras de melhoria das condições de trabalho para os médicos relacionam-se a aspectos não necessariamente, ligados a produção do cuidado em saúde ou do seu atendimento na atenção básica. Mas, refere-se a aspectos ligados aos equipamentos e instrumentos, que podem ou não, contribuir para a atenção de saúde por eles desenvolvida, mesmo que, seu enfoque centralize-se nas ações clínicas e curativas. Portanto, para todos os profissionais que trabalham na produção de serviços de

saúde precisa interagir saberes e fazeres e como tal deveriam ser capacitados, pelo menos para atuar no terreno das tecnologias leves (MERHY, 2006).

Quadro 7 - Distribuição das ações desenvolvidas e as condições facilitadoras de trabalho dos Enfermeiros da ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.

Ações desenvolvidas na estratégia	Enfermeiros	Número de Citação
Ações clínicas	<u>Ações clínicas</u>	
	- Realização de curativo	08
	- Atendimento domiciliar	08
	- Atendimento ao indivíduo, a família e a grupos específicos	01
Ações de promoção em saúde	<u>Ações de limitação da invalidez</u>	
	- Ação curativa	08
Ações de promoção em saúde	<u>Ações de promoção</u>	
	- Visita domiciliar	04
	- Educação em saúde	02
Ações administrativas	<u>Ações de proteção específica</u>	
	- Citologia oncótica	03
	- Ações de vigilância epidemiológica	07
	- Ações administrativas	07
Ações administrativas	- Ações burocráticas	08
	- Ações de supervisão	05
Condições facilitadoras de trabalho		
Trabalho em Equipe	- Entrosamento	03
	- Supervisão e inspeção pela equipe técnica da secretária de saúde	02
Melhoria das condições de trabalho	- Materiais de trabalho	01
	- Redução do número de famílias por equipe	03
	- Melhoria da estrutura física da unidade básica de saúde	03
	- Cumprimento da carga horária	04
	- Revisão de modalidade contratual	02
	- Equiparação salarial por níveis	04
	- Incentivo salarial	04
	- Melhoria salarial	02
	- Capacitação permanente	03
	- Perfil Profissional em saúde pública	04
	- Diminuição das atribuições do enfermeiro	04
- Aumento da disponibilidade de exames laboratoriais	04	

De acordo com os resultados do quadro 7, por ordem decrescente de frequência citada, no que se refere as **ações desenvolvidas** pelos enfermeiros, verifica-se que as mais citadas foram o atendimento individual, a família e aos grupos específicos (igualmente referido pelo médico), seguida pelas ações de educação e saúde e a coleta para exame de citologia oncótica. Com menor frequência, a realização de curativo, o atendimento domiciliar e as ações curativas e burocráticas.

Vê-se que, como o médico da ESF, o enfermeiro desenvolve as suas ações com ênfase no atendimento de saúde, na própria unidade, de acordo com a demanda e ainda com enfoque na doença, que caracteriza o modelo de atenção da demanda espontânea.

Em relação às **condições facilitadoras das ações no trabalho**, as mais referenciadas pelo enfermeiro foi a indisponibilidade de material de trabalho, e as menos referidas, foram o cumprimento da carga horária, a desigualdade salarial entre os profissionais de nível superior e o incentivo salarial. Para os profissionais enfermeiros, aspectos como a melhoria salarial e a revisão de contrato, trarão melhorias para as suas condições de trabalho.

Observa-se ainda com relação a melhoria da condição de trabalho que, considerando a estabilidade do profissional da ESF, a maioria não possui vínculo contratual, não há faixa salarial uniforme entre profissionais do mesmo nível e entre o município e outro, provocando por essas razões uma grande rotatividade de profissionais nos serviços de atenção básica de saúde.

Sobre a questão da diferença salarial entre profissionais da ESF de mesmo nível, para Machado (2002), essa “diferença salarial” entre duas categorias poderá se constituir num fator desencadeante de conflitos na equipe. Contudo, se trata de uma situação que além dos conflitos existentes na equipe levam esses profissionais a se manterem com mais de um vínculo trabalhista.

Quadro 8 - Distribuição das ações desenvolvidas e as condições facilitadoras do trabalho dos Odontólogos da ESF, de acordo com suas afirmações, Ceará Mirim, RN, 2007.

Ações desenvolvidas na estratégia	Odontólogos	Número de citação
Ações clínicas	- Restaurações	03
	- Exodontias	03
	- Raspagem e alisamento corono-radicular	04
Ações de promoção em saúde	- Aplicação tópica de flúor	01
	- Escovação supervisionada	01
	- Instruções de higiene oral	02
	- Educação em saúde	03
Condições facilitadoras de trabalho		
Trabalho em Equipe	-	
Melhoria das condições de Trabalho	- Reduzir o número de famílias por equipe	02
	- Equiparar o salário de nível superior	02
	- Incentivo salarial	02
	- Melhoria salarial	01

Conforme os resultados apresentados no quadro 8 sobre as **ações desenvolvidas** pelos odontólogos na ESF, verifica-se que as ações mais citadas foram a aplicação tópica de flúor, a escovação supervisionada seguida das orientações sobre a higiene

oral. Em menor frequência ainda citaram a raspagem e alisamento corono-radicular. Esses resultados mostram a ênfase que esta categoria dá as ações de promoção em saúde, apesar de só recentemente fazer parte da ESF.

Em relação às **condições facilitadoras de trabalho** a mais referida, segundo esses profissionais, foi a melhoria salarial, e citadas com menor frequência, a redução do número de famílias por equipe, a equiparação de salário dos profissionais de nível superior e o incentivo salarial.

Embora estes profissionais possuam contratos temporários, a maior queixa não se refere à insegurança do vínculo contratual e sim ao baixo salário oferecido pelo município. Tal fato vem identificar que o trabalho vem sendo alvo de dois tipos de redução de custos face aos requisitos da flexibilização: de um lado, tende a minimizar o preço da força de trabalho e de outro, de maximizar sua eficácia produtiva (CASTEL, 1998).

“Quando agimos para satisfazer nossos desejos imediatos sem levar em conta os interesses dos outros, solapamos a possibilidade de uma felicidade duradoura”.

(Dalai Lama)

CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Especificamente nesse estudo, identificou-se que os profissionais que compõem a equipe multiprofissional da ESF, ao desenvolverem as suas atividades no contexto da atenção básica de saúde, apresentam funcionalidades diversas, quer seja nas competências específicas dos profissionais ou mesmo, nas próprias relações de trabalho em saúde. Estas são consideradas muitas vezes, como dificuldades, empecilhos ou facilidades, que se apresentam e impedem que os objetivos sejam alcançados.

Dessa maneira algumas conclusões obtidas direcionam-se para as dificuldades e facilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao desenvolverem as suas atividades na Estratégia de Saúde da Família. Dentre estas, uma dificuldade identificada relaciona-se ao piso salarial, dos profissionais que trabalham na ESF, vê-se que os médicos são os mais bem remunerados, o que pode ser comprovado através da divergência salarial entre médicos, enfermeiros e odontólogos, enquanto os primeiros recebem 10 salários mínimos, os últimos recebem 05 salários. Como consequência do fato, observa-se uma grande insatisfação por parte dos enfermeiros, médicos, odontólogos, ACS e Auxiliares de enfermagem com relação ao salário mensal. Da equipe da ESF, apenas o ACD não apresenta unanimidade quanto à insatisfação de sua faixa salarial. Mesmo considerando ser médico, o que possui salário mais elevado da equipe, este também não se apresenta satisfeito com a sua renda mensal.

Um outro aspecto que além de ser uma dificuldade também foi mencionado como empecilho, diz respeito à modalidade de vínculo contratual desses profissionais, ultimamente bastante questionada pelos trabalhadores da ESF e mencionada pelos enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares de enfermagem e pelos ACD.

A esse respeito, tem sido comum que os trabalhadores das equipes de saúde da família, da maioria dos municípios brasileiros, não apresentem vínculos contratuais, com exceção dos ACS. Nota-se ainda que certa instabilidade e insegurança trabalhista do profissional estão presentes. Sendo apontado como um dos principais fatores responsáveis pela alta rotatividade de profissionais que atuam no contexto das equipes da ESF.

Sabe-se que uma das consequências do contrato temporário de trabalho, diz respeito à permanência de mais de um vínculo, por parte do profissional da ESF. O fato corrobora com as informações obtidas dos 166 profissionais que participaram dessa investigação. 23 responderam positivamente a existência de outro vínculo de trabalho. Alguns deles trabalham em hospital e na ESF; destes, 15 médicos; mais 8 deles, são enfermeiros; 4

são ACS e 2 são auxiliares de enfermagem. Os odontólogos e ACD foram os únicos que referiram não trabalhar na ESF e no hospital. E, os ACS são os únicos profissionais que realizaram concurso no município em estudo. Os demais membros da equipe de saúde possuem contratos temporários, portanto é possível supor que o fato seja consequência da instabilidade contratual existente entre os profissionais e consequência da falta de vínculo contratual à que está submetida à maioria dos profissionais contratados pelo município, e que os levam, a buscar outros serviços devido à instabilidade no emprego.

Também foi citada como fator de dificuldade a diversidade existente entre a carga horária definida para os profissionais da equipe. Nesse aspecto, o profissional médico, o ACD e o enfermeiro, cumprem efetivamente 6 horas diárias de trabalho. O odontólogo trabalha cinco horas, os auxiliares de enfermagem e os ACS 8 horas.

Ainda quanto às dificuldades e ou facilidades mencionadas pelos profissionais que chama atenção, é sobre o tempo de serviço desses profissionais na ESF. Nesse aspecto, vê-se que os ACS são os profissionais com maior tempo de trabalho, com 15 anos, o que talvez seja justificável, pelo fato destes profissionais atualmente, submeterem-se a concurso público para ingressar nos serviços de atenção básica de saúde, além de serem os mesmos, quem mais realizam cursos de capacitação na área de saúde pública.

Algumas dificuldades vivenciadas no dia a dia pelos profissionais da ESF apresentam certo destaque. Para 86,8%, destes, à indisponibilidade de equipamentos e instrumentos tem sido uma das dificuldades de maior percentual. Estes aspectos de dificuldade enfrentados pelos profissionais apresentaram percentuais elevados com exceção dos odontólogos e dos ACD, fato explicado talvez, devido ao trabalho mais restrito à saúde bucal. Estes resultados levam-nos a pensar que, de um modo geral, as atividades dos profissionais da ESF, ainda são centradas em tecnologias duras (disponibilidade de equipamentos e medicamentos) e leve-duras.

É certo que para a realização de qualquer atividade faz-se necessário à utilização de materiais compatíveis para a sua execução sendo necessário um planejamento local de atividades e ou ações. No entanto, é sintomática que a indisponibilidade de tecnologia dura, seja uma queixa tão presente em uma modalidade de assistência que deveria estar voltada para a prevenção.

Por outro lado, o fato pode sugerir haver um distanciamento entre, os interesses dos usuários e a proposta de atenção em saúde da ESF, devido ainda, ao predomínio de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras.

E em relação às melhorias nas condições de trabalho foi mencionada em maior ênfase pelos profissionais a indisponibilidade de materiais para a realização de suas atividades cotidianas, com exceção dos odontólogos que referiram a melhoria salarial. Vê-se, portanto, que aspecto referente à indisponibilidade de material tem perpassado ao longo dos resultados desse estudo, devendo por isso, ser chamado atenção para que, em outros estudos, esse aspecto mereça um entendimento mais completo e esclarecedor das atividades desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF.

Sobre as atividades que desenvolvem, observa-se que quanto às ações de promoção à saúde a maior ênfase parte dos ACS, os ACD, os odontólogos e os auxiliares de enfermagem. Resultado que talvez se justifique em função de que o profissional médico e o enfermeiro, mesmo já desenvolvendo atividades com enfoque na promoção e proteção à saúde, suas ações são mais focalizadas no atendimento ao cuidado em saúde na unidade clínico curativista. Provavelmente isso se deva a demanda considerável de pessoas e grupos que procuram atendimento individual, além do que, os programas de atenção aos grupos populacionais permaneçam com seu atendimento organizado na unidade.

Um dos aspectos mencionados com destaque que facilita o desenvolvimento das ações dos profissionais que trabalham na ESF, é a presença na equipe de profissionais com perfil em saúde pública ou na atenção básica, sendo mencionado por 93,2% dos profissionais da ESF. Aspecto referido em 100,0%, por quatro categorias profissionais da ESF, a saber: enfermeiro, o médico, o odontólogo e o ACD.

Tal achado sugere que, por se tratar de uma proposta diferenciada, que parte de uma reformulação do modelo (do curativo-intervencionista para o educativo-preventivo), até então central no que se refere à prestação de serviços à população. É essencial que haja um bom preparo profissional e uma adesão e identificação com os pressupostos que fundamentam a ESF. É salutar, então, constatar que os próprios profissionais desta estratégia de saúde tenham referido tal fator como o mais significativo para o bom andamento de seu trabalho.

Ainda com relação às facilidades vivenciadas pelos profissionais da ESF, e importantes de serem mencionadas, estão o conhecimento do profissional sobre o seu território de atuação e o entrosamento da equipe, aspectos importantes para que o trabalho dos profissionais possa fluir com facilidade e viabilizar-se.

Embora o enfoque da ESF seja a promoção á saúde observa-se no nosso estudo, não diferente de outras realidades, a predominância do atendimento clínico, principalmente por parte dos médicos e dos enfermeiros, (individualista, curativista) ainda centrado em “núcleos de competência”, além da pretensão de utilizar tecnologias duras como

equipamentos e instrumentos como ferramenta principal de suas atividades. Este fato mostra ainda existir a ausência de perfil profissional em saúde pública a partir do momento que a ferramenta principal da promoção em saúde está centrada em tecnologias leves. No que concerne à formação e capacitação de pessoal, é necessário que as ações ocorram na direção de se construir novas formas de se lidar com o conhecimento, o que inclui, de modo marcante o espaço transdisciplinar e não tradicional para a produção e incorporação do saber.

“Não é no espaço que devo buscar minha dignidade, mas na ordenação de meu pensamento”.

(Pascal)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF enquanto estratégia de construção do SUS requer uma concepção positiva do processo saúde-doença, orientado por um paradigma sanitário de produção social voltado para vigilância à saúde. Para atuar na ESF além do conhecimento clínico, que privilegia o indivíduo, é necessário recorrer à dimensão coletiva. As equipes precisam atuar com um perfil epidemiológico que traduza a sua realidade, dando ênfase a questão territorial. O enfoque dado aos problemas detectados deve necessariamente partir do reconhecimento da área adscrita, a fim de que seja possível a identificação, descrição e explicação de seus problemas de saúde para poder intervir sobre eles.

Conhecer as dificuldades e ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a ESF fez-me refletir sobre o funcionamento dessa estratégia de modelo assistencial no município de Ceará Mirim, RN, local no qual desenvolvo as minhas atividades como enfermeira. Tendo vivenciado oportunidades de trabalho, entre as quais, a Coordenação Municipal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no citado município por 10 anos, o que contribui para a minha identificação com essa área e, por essa razão, tenho satisfação em poder contribuir para o crescimento das atividades cujo enfoque, envolve a atenção básica de saúde.

Após ter participado da implantação de 21 equipes da ESF, percebi alguns obstáculos para a realização de atividades centradas na atenção básica. Mesmo considerando ser esse, um serviço oferecido pelo MS com adesão dos gestores municipais foi fundamental identificar as situações vivenciadas e específicas a cada equipe. Essa estratégia pressupõe muito mais uma inversão do modelo de atenção à saúde do que uma simples mudança, configurando-se numa importante inovação programática, mas que apesar de seus avanços, têm apresentado poucos resultados perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover alterações significativas no modelo assistencial.

É preciso então destacar vários fatores considerados relevantes ao estudo, para a concretização do modelo assistencial de saúde centrado na atenção básica. Dentre outros, admitir para o trabalho da ESF, profissionais que possuam perfil para atuar na área de saúde pública, oferecendo treinamento introdutório para todos eles. Disponibilizar também boas condições de trabalho (materiais e equipamentos, estabilidade no emprego, trabalho em equipe e com salários justos, dentre outros), organizar a estrutura de saúde (infra-estrutura das unidades como também em relação aos serviços oferecidos), propor capacitações permanentes que orientem a comunidade sobre o papel da ESF e priorizar a vigilância à saúde.

Neste sentido, sugere-se haver a necessidade de desenvolver e/ou incrementar programas de educação permanente de modo a capacitar os trabalhadores de saúde, não somente no nível teórico, mas na prática, para o trabalho com a comunidade de maneira participativa. Além disso, é importante firmar uma política de mudança dos cursos de graduação na área da saúde que induzam as universidades a cumprirem seu papel social de modo a formar profissionais integralmente aptos, não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social. Sugere-se também, que as qualificações para os profissionais aconteçam antes que estes comecem a atuar em seu território de abrangência. Faz-se necessário ainda, para a qualificação da assistência a progressiva valorização de tecnologias importantes como à interação, o trabalho em equipe, o planejamento situacional e a comunicação.

Para alcançar os objetivos da ESF (reorganização do modelo assistencial) o trabalho em equipe torna-se um pressuposto fundamental para a integralidade das ações de saúde. Esta se dá através da construção de um projeto assistencial comum que atenda qualitativamente as demandas dos usuários, reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viverem ou trabalharem juntos, mas formam um novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores.

Podemos considerar que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegia o trabalho em equipe, também se observa na ESF a existência de uma tensão entre a *fragmentação e interação* no processo de trabalho, podendo favorecer o risco a ações isoladas por parte dos profissionais que compõem essa equipe.

Reorganizar o modelo assistencial vigente no país não é tarefa fácil e, muitos especialistas do assunto já o disseram, pois depende da interação de fatores históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais, relacionados aos gestores, comunidade e profissionais de saúde. Contudo, o compromisso e a responsabilidade para substituir as práticas tradicionais de assistência devem ser de todos.

“Dos diversos instrumentos utilizados pelo homem, o mais espetacular é, sem dúvida, o livro. Os demais são extensões de sua vida; o telefone é a extensão de sua voz; em seguida, temos o arado e a espada, extensões de seu braço. O livro, porém, é outra coisa: o livro é uma extensão da memória e da imaginação”.

(Jorge Luís Borges)

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

ABRAHAO, J. I. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p.49 - 54, 2000.

ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital**: a nova degradação do trabalho na era da globalização. São Paulo: Práxis, 1999.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.39 - 52, 2005.

ALMEIDA, M. C. P. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 505 - 510, 1986.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 427 - 442, 1999.

ALMEIDA, M. C. P. MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface - comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v.9, p. 150 - 153, 2001.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D., A. CODONI JR, Luiz. **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: UEL, 2001, 266p.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde da Família. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.12 n.2 mar./abr. 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 455 - 464 2001.

AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79 2007.

BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BEINNER M. A; BEINNER R. P. C. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, p.77 - 83 2004.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.3, p 401 - 412, 2002.

BORGES, A. Impactos do desemprego e da precarização sobre famílias metropolitanas. **Revista brasileira de estudos populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 205 - 222, jul/dez. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. DOU, Brasília, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF), 1994.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria Nº 1886 de dezembro de 1997**, Brasília, 1997a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília (DF), 1997b.

_____. Ministério da saúde. **Programa de Saúde da Família Saúde Dentro de Casa**. Brasília (DF), 1998: Fundação Nacional de saúde, MS.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual para a Organização de Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Programas e Projetos - PACS /PSF** [online]. Disponível na Internet: <<http://www.saude.rj.gov.br/viversaude/intos/psaufam.htm>> (13/09/00).

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000. 65p.

_____. Ministério da Saúde (MS). **O Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília (DF), 2001a.

_____. Ministério da Saúde (MS), **Portaria Nº 95 de 26 de janeiro de 2001**, Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE / CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. <http://www.mec.gov.br/sesup/ftp/resolucao/0401Medicina.doc> acesso em 07/04/2004.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria Nº 648, de março de 2006**, Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de gestão estratégica e participativa. **A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo**, Brasília, 2006 b, 300 p.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195 - 204, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1992. 149p.

_____. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n. 1, p.141 -144. 1997a.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações, sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOKO, R, (Org). **Agir em saúde: um desafio para um público**. São Paulo. Hucitec; 1997 b, p. 229 – 266.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569 - 584, 2003.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271 - 279, 2007.

CANESQUI A. M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. 283p.

CAPRA F. **O ponto de mutação**. Cultrix: São Paulo 1992. 255p.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, 611 p.

CASTRO, J. L. et al.; **Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho**. Pesquisa integrada do plano diretor 2004 /2005, ROREHA / MS / OPAS. Mimeo)

CASTRO, J. L. Dilemas e perspectivas do emprego no Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br>> Acesso em: maio. 2006.

CECÍLIO L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 469 - 478, 1997.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209 p.

CHAKKOUR et al. Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínea, mimeo, 1992.

CHERCHGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, PARANAGUÁ e CASTRO JANETE, L. (Orgs). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos humanos**. Natal: ED. UFRN, 1999.

COHN, A; ELIAS. P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo: Cortez, 2005. 133p.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 sup, p. 191 – 202, 2002.

COSTA, A. R. C.; MELO, M. C.; OLIVEIRA, M. A.; DIAS, R. N. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.53, n. especial, dez, 2000.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa Saúde da família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n.3, p. 7- 8, 2006.

CORDEIRO, H. O Programa de Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 10 - 15. 1996.

CZERESNIA, D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, 2007.

DELUIZ, N. **A Globalização econômica e os desafios á formação profissional**. Rio de Janeiro: Shape, 2006.

DONNANGELO, M. C. **Saúde e Sociedade**. Livraria Duas Cidades: São Paulo ,1979. 124p.

EGRY EY. **Saúde coletiva: construindo um novo método de enfermagem**. São Paulo: Ícone; 1996.

ERMEL, R. C; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista de Enfermagem, USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533 - 539, 2006.

ESCOREL S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final)

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panama Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164 - 176, 2007.

FACCHINI, L. A. et al . Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669 - 681, 2006.

FIOCRUZ **Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento à distância para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília, UNB 1998. v.3, p30.

FLEURY, S. Novos paradigmas para a saúde: SUS, Reforma Sanitária e Recursos Humanos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 48, set/1995.

FRANCE, G. Introduzione. La Sanità in trasformazione. L' Assistenza Sociale. **Rivista Trimestrale sulle Prospettive del Welfare**. Roma, s/p, 1997.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **PSF**: contradições de um programa destinado a mudanças de um modelo tecno - assistencial. Campinas: UNICAMP; 1998 (mimeo)

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345 – 353, abr/jun.1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: contradições e novos desafios. [online]. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm> (09/08/2006).

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Globalização e ambientalismo: etnicidades polifônicas na Amazônia. **História da Ciência Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 755 - 768, 2005.

GERMANO J. W. **A transformação da questão social e a educação**. 2004. Disponível em< <http://www.observatorio.nesc.ufrn> Acesso em: nov.2005.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista brasileira de Ciências e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177 - 190, 2006.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645 - 653, 2006.

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

_____. Human resources training in family health: paradoxes and perspectives. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família. FALCÃO, André et al. (Orgs). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde/Fiocruz, v.1. 2003.

_____. Mercado de Trabalho e regulação das Profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, (Org). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 221 - 56

GONÇALVES, R. B. M. **TECNOLOGIA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL DAS PRÁTICAS DE SAÚDE**: características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994, 278p.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 236 p.

HARTZ, Z. M. A. CONDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v.2, p. 331 - 336. 2004.

HORTOLE, V. A.; CONIL, E. M.; PEDROSA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.77 – 88, jan/mar. 1999.

KANTORKI, L. P; JARDIM, V. M. R; COIMBRA, V. C. C. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Revista Texto e Contexto**, Santa Catarina, v.15, n.3, p. 434 - 441, jul-set, 2006.

KOVACS *et al.* Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, maio/jun. 2005, v.81, n.3, p.251 - 258.

KUHN. T. **A estrutura das revoluções científicas**. 6. ed., São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.

L'ABBATE. S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, p.481 – 490, 2006.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 311p.

LEAL, D. C. M. F.; MONTEIRO, E. M.; BARBOSA, M. A. - Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação. **Revista da UFG**, v.. 6, n.. Especial, dez 2004(*on line*) (www.proec.ufg.br).

LEITE, C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade**. Belo Horizonte (MG). Escola de Enfermagem / UFMG; Dissertação (mestrado) 2001.

LEVCOVITZ E, GARRIDO N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Caderno Saúde Família**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 3 - 8 1996.

LUMÊNA, A. C. F.; TANAKA O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, dez, 1998.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

MACHADO, M. H. Programa Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUZA, M. F (org). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MAGALHAES, L. V. Enfrentando a globalização: construindo o novo, muito além dos protestos. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 862 - 863 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 403 – 414, 2003.

MARTINS, H. H. T. S. O processo de reestruturação produtiva e o jovem trabalhador: conhecimento e participação. **Tempo e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 61 - 87 2001.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ / IMS, 2001.

MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v 12, n.1, p 77 - 103 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M 1994. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC, /ABRASCO. 1993.

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996, 300p. Cap IV, p. 233 - 300.

MERCADANTE, O. A., Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: JACOBO, F. (Org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, 2007, v. 19, n. 1.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.177 - 184, abr./jun., 1993

MERHY, E. E, ONOCKO, R (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. Parte 2, p.113 - 150.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. Parte 2, p. 113 – 150.

_____. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MERHY E. E & Franco T. B. 2001. *Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. São Paulo (mimeo).

MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 3 ed, 2006, 296p.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13 (sup. 2), p. 21 – 32, 1997.

MOTTA, J. I. J. et al. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde, 2001(mimeo).

MONTEIRO, M. S.; GOMES, J. R. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 345 – 353, abr/jun, 1998.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 337 – 345, 2005.

NUNES, E. D. Interdisciplinariedade: conjugar saberes. **Saúde em Debate**, v.26, n. 62, p. 249 - 259, 2002.

OLIVEIRA, J. A. A; TEIXEIRA, S. F. **Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. M. Programa Saúde da Família: experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.4, P.727 -733 2006.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In MENDES (Org). **Distritos Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco, 1993.p. 187 – 220.

_____. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e renovação da proposta de “saúde para todos”. **Série Estudos em saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: RJ, UERJ/ IMS 1998 n.175, 25p.

_____. Modelos de atenção e vigilância em saúde. In: ROQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi: Rio de Janeiro, 2003

_____. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 183 – 210, 2003b.

PEDROSA J. I. S.; TELLES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 303 – 311, 2001.

PEDUZZI, M.; PALMA J. J. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B (Org). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 234 – 250.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001, p.103 – 109.

PESTANA, C.L. et al. **Bioética e Precarização do Trabalho do Enfermeiro do Programa de Saúde da Família**. Enfermeira: Global, 2005.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo, Annablume, 1998, 254 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

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 de Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 438 - 446. 2004.

ROCHA, P. M. Brasil anos 90: a marcha liberal sobre o SUS. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ): UERJ / IMS 2000.

ROCHA, A. A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 303 - 316, 2005.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027 - 1034 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 708p.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, set/dez, p.191 - 197 2004.

ROZANIR T. M; STRALEN, C. J. V. Dificuldades de implantação do programa de saúde da família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista Atenção primária a Saúde**. v.6, n.2, p 99 – 107, 2003.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde Sociedade**, v.10, n.1 jan-jul,2001

SAKAI, M. H. et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; ORDONI JR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. UEL: Londrina, 2001 p. 111 – 124.

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré contratualismo e o pós contratualismo. In: HELLER, A. et al. **A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto. Corecon – RJ, 1999

SANTOS, B. S. (Org). **Os processos da globalização: a globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez, p. 25 - 102, 2002.

SAUPE, R. et al. Avaliação das competências dos RH para a consolidação do SUS no Brasil. **Texto contexto - enfermeiro**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 654 – 661, 2007.

SCHARAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. **Saúde em Debate**. São Paulo: Hucitec, 1996. 285p.

SCHARAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 221 – 242 1999.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6 p. 203 - 211. 2004.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18 (supl), p. 203 - 211. 2002.

SILVA, A. J R. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998 a. 143p.

SILVA, M. A. P. D. **As representações sociais e as dimensões éticas**. Taubaté: Cabral, Editora Universitária. 1998 b

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. Cuidando: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, IMS, UERJ, Abrasco, 2004.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821 – 1828, 2005.

SILVA, I. Z. Q. J; TRAD L. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**, Botucatu, v.9, n.16, p. 25 - 38, 2005.

SINAN. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfen?id_area=974. Acesso em 16 de novembro de 2007.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 7 - 24, 2000.

SORDI, M. R. L; BAGNATO, M. A. S Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde; desafio da virada do século. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6; n.2, p. 83 - 88, abr, 1998.

SOUSA, M F. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para Debate**. Cebes, n. 21, 2000.

SOUZA, M.F. Capital humano no PSF: o passado e o futuro. In: SOUZA, M.F(Org). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

TONI, M. Visões sobre o trabalho em transformação. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 9, 2003.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429 – 435, 1998.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciências Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002

TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. In: Congresso Brasileiro de Saúde coletiva, 7, 2003, Brasília. **Ciências Saúde Coletiva**, v.8, p. 65, 2003.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe epidemiológico do SUS, Vol. 7, CENEPI/MS, Brasília, DF, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 sup, p. 153 – 162, 2002.

TEIXEIRA, R. A; MISHIMA S. M. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 193 – 206, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 207 – 218, 2004.

TONI, M. Visões sobre o trabalho em transformação. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 5, n. 9 jan/jun, p. 246 - 286, 2003.

TWADLE, A. C. Health System Reforms – Toward a framework for international comparisons. **Sociedade Scicens Medica**, v.32, n.4, p. 637 - 654. 1996.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 2, p. 7 – 14, 1999.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225 - 264. 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493 – 507, 2002.

“Mesmo que as pessoas mudem e suas vidas se reorganizem, os amigos devem ser amigos para sempre, mesmo que não tenham nada em comum, somente compartilhar as mesmas recordações”.

(Vinícius de Moraes)

APÊNDICES

APÊNDICE A

Distribuição das Equipes Saúde da Família no município de Ceará - Mirim, R.N, 2007.

Nº de equipes	Equipes de Saúde	Zona urbana/rural	Nº de ACS	Nº de Enfermeiros	Nº de Médicos	Nº de Dentistas	Nº Auxiliar Enfermagem	Nº Auxiliar Consultório Dentário	Nº Famílias por Equipe
01	Nova descoberta	Urbana	12	01	01	01	01	01	1275
02	COHAB	Urbana	09	01	01	-	01	-	1524
03	Massaranduba	Rural	03	01	01	01	01	01	382
04	Cinco Bocas	Urbana	12	01	01	01	01	01	1210
05	Novos tempos	Urbana	12	01	01	-	01	-	1375
06	Bela Vista	Urbana	16	01	01	01	01	01	1564
07	Primeira Lagoa	Rural	05	01	01	01	01	01	429
08	Capela	Rural	06	01	01	01	01	01	1516
09	Santa Águeda	Rural	04	01	01	01	01	01	424
10	Riachão	Rural	04	01	01	-	01	-	537
11	Aningas	Rural	06	01	01	01	01	01	717
12	Primavera	Rural	09	01	01	01	01	01	859
13	Massangana	Rural	09	01	01	01	01	01	838
14	Coqueiros	Rural	06	01	01	01	01	01	662
15	Muriú	Rural	06	01	01	01	01	01	778
16	Planalto	Urbana	09	01	01	-	01	-	1064
17	Vale do Amanhecer	Urbana	09	01	01	-	01	-	883
18	São Geraldo	Urbana	10	01	01	01	01	01	1022
19	Ponta do Mato	Rural	04	01	01	-	01	-	707
21	Matas	Rural	04	01	01	-	01	-	391
22	Jacumã	Rural	04	01	01	-	01	-	400
TOTAL	21	02	159	21	21	13	21	13	17.557

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as dificuldades e ou facilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao desenvolverem as suas atividades na Estratégia de Saúde da Família do município de Ceará - Mirim, Rio Grande do Norte.

Ressaltamos a importância da sua participação e colaboração ao responder o questionário, lembrando que suas respostas são absolutamente sigilosas e em nenhum momento sua participação lhe trará gastos ou prejuízos financeiros e pessoais.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de publicação científica e/ ou palestra aos profissionais dos respectivos programas.

PESQUISA: DIFICULDADES E / OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

PARTE I

INFORMAÇÕES GERAIS:

1. Qual a sua idade? anos
2. Sexo: Fem Mas
3. Estado civil: Solteiro; Casado; União Estável; Viúvo Desquitado
4. Categoria profissional na Estratégia de Saúde da Família: Enfermeiro Médico Odontólogo ACS
 Auxiliar de enfermagem Auxiliar de consultório dentário
5. Qual a sua renda mensal líquida na Estratégia Saúde da Família?
 01 salário mínimo 04 a 06 salários mínimos 10 a 12 salários mínimos
 01 a 03 salários mínimos 07 a 09 salários mínimos mais de 12 salários mínimos

Os itens 6, 7 e 8 devem ser respondidos pelos profissionais de nível superior. Os profissionais de nível médio devem passar para o item 9. Os itens 10 em diante devem ser respondidos por todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

6. Ano que conclui o curso de graduação: _____

7. Universidade onde se formou: _____

8. Realizou curso de pós-graduação na área de Saúde Pública? Sim Não

Se sim, qual(is)? Doutorado Mestrado Especialização Outros(capacitações)

Especificar o(s) curso(s) e a carga horária: _____

9. Realizou cursos de capacitação na área de saúde pública? Sim Não

Se sim, especifique o (s) curso (s) e a carga horária: _____

10. Quais os empregos/ locais de trabalho atuais nos quais você atua?

11. Tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família: _____

12. Quantas horas diárias você trabalha na Estratégia de Saúde da Família? _____

13. Você tem folga semanal?

não sim. Caso responda sim diga quantas folgas por semana: _____

14. Queremos saber sobre o seu trabalho e as ações que realiza na Estratégia de Saúde da Família.

Por favor, descreva quais são as ações e atividades que você desenvolve no seu trabalho:

PARTE II:**SITUAÇÕES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS NA ESF**

A - De acordo com as instruções e as atribuições designadas para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, abaixo enumeradas, marque com um x o(s) item(ns) que você consegue realizar:

- 1 () Participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho e a atualização contínua dessas informações, priorizando as situações designadas pelo planejamento local;
- 2 () Realização do cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde ;
- 3 () Realização do cuidado em saúde da população adstrita no domicílio ;
- 4 () Realização do cuidado em saúde da população adstrita nos espaços comunitários (escolas e associações)
- 5 () Integralidade da atenção por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e ações curativas;
- 6 () Realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- 7 () Responsabilidade sobre a população adstrita, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- 8 () Participação nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- 9 () Registro de qualidade das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica;
- 10 () Participação nas atividades de educação permanente e realização de outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

B – Agora, considerando as situações vivenciadas em seu trabalho, citadas abaixo, marque com um x a resposta que melhor se adequa a estas situações:

SITUAÇÃO	DIFICULDADES	FACILIDADES
1. A quantidade de família(s)acompanhada(s) na Estratégia de Saúde da Família		
2. Realização de atividades educativas/ reuniões		
3. Realização de visitas domiciliares		
4. Atendimento médico por grupos específicos (crianças, gestantes, portadores de diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase)		
5. Conhecimento da população em seu território		
6.Treinamento introdutório na Estratégia de Saúde da Família		
7.Entrosamento entre os membros da equipe		
8. Profissionais com perfil em saúde pública		
9. Disponibilidade de equipamentos e instrumentos em condição de uso		
10. Disponibilidade de insumos para a realização das atividades		
11. Disponibilidade de medicamentos		
12. Entrega de mapas / estatísticas em tempo hábil.		
13.Supervisão e inspeção pelos técnicos da secretária de saúde		
14. Tempo de permanência dos profissionais nas equipes		
15. Carga horária dos profissionais de saúde		
16. Modalidade de vínculo contratual dos profissionais de saúde		
17. Faixa salarial dos profissionais de saúde		
18. Quais dos itens avaliados anteriormente você considera os 3 maiores empecilhos para a realização do seu trabalho? O empecilho maior -Item # ____ O segundo maior empecilho - Item # ____ O terceiro maior empecilho -Item # ____		

19. Em sua opinião, quais as condições de trabalho que facilitariam a execução de suas atividades na Estratégia saúde da Família?

Obrigado por compartilhar conosco as suas opiniões!

“(…) O que vemos é novidade, o que sabemos é conhecimento, o que sentimos é opinião (…)”.

(Lester Markel)

ANEXOS



ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Campus Universitários s/n – Lagoa Nova, Natal / RN , 59072-970, Fone 3215 -3196.

Natal 04 de junho de 2007

Da: Prof Dra Rejane Maria Paiva de Menezes

Orientadora da pesquisa

Ao: Secretário Municipal de Saúde de Ceará -Mirim

Sr. Cesimar Claudino da Silva

Solicitamos vossa colaboração no sentido de permitir a Enfermeira Erika Simone Galvão Pinto, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem - UFRN, que se encontra atualmente realizando sua Dissertação de Mestrado sobre o tema, **DIFICULDADES E OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA** colher dados, entre os profissionais de saúde que compõem as equipes saúde da família, através de instrumento que caracterize esses profissionais. A pesquisa tem por objetivo analisar as situações vivenciadas pelos profissionais ao desenvolverem as suas ações na Estratégia Saúde da Família.

Outrossim, esclarecemos que os resultados desse estudo serão utilizados unicamente para fins científicos e que a pesquisa só terá início, após a liberação do Comitê de Ética da UFRN.

Na certeza de contarmos com a sua compreensão e empenho, antecipadamente agradecemos.

Prof^a. Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes
Orientadora da Pesquisa

Érika Simone Galvão Pinto
Mestranda

Autorizo a realização do estudo com divulgação e publicação dos resultados



ANEXO B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal / RN, 59072-970, Fone 3215- 3196.

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO: DIFICULDADES E OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS
PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PESQUISADORES: Erika Simone Galvão Pinto (Mestranda)

Prof^a. Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes (Orientadora)

Após análise do projeto e da solicitação,

Autorizamos a coleta de dados nas Equipes Saúde da Família.

Não autorizamos a coleta de dados nas Equipes Saúde da Família.

Quanto à divulgação,

Autorizamos menção do nome do município no relatório técnico-científico.

Não autorizamos menção do nome do município no relatório técnico-científico.

Além do relatório escrito,

Requeremos a apresentação dos resultados no município.

Não requeremos a apresentação dos resultados no município.

Natal, RN, 04 de junho de 2007

.....
Responsável



ANEXO C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova, Natal / RN, 59072-970, Fone 3215 3196.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Natal, RN, dede

Prezado (a) Sr. (a),

A pesquisa intitulada **DIFICULDADES E OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA** tem como objetivo analisar as dificuldades e ou facilidades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao desenvolverem as suas ações na Estratégia de Saúde da Família. Para esse fim será utilizado um questionário com os profissionais que compõem as equipes de saúde. Este procedimento não acarretará nenhum risco aos que aceitarem participarem do estudo.

Ressaltamos a importância da sua participação, não trazendo gastos ou prejuízos financeiros e pessoais, já que a pesquisa será realizada no próprio município. Os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte do pesquisador em manter o sigilo e o anonimato de todos os participantes. Ressalta-se ainda que você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos.

Esta pesquisa terá o acompanhamento e assistência de Erika Simone Galvão Pinto (fone: 9985-5653), enfermeira e mestranda do Departamento de Enfermagem da UFRN, Prof^a Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes, membro da base de pesquisa II intitulada “Enfermagem nos serviços de saúde”.

Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP - UFRN pelo telefone 3215-3135 ou pelo end: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970

Agradecemos a sua atenção e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Enfª Erika Simone Galvão Pinto
Rua Petra Kelly, 1500 – Bl J – Apto. 304 - Nova Parnamirim, 59152-330
(084) 9985-5653.

Eu,, aceito
participar da pesquisa **DIFICULDADES E OU FACILIDADES VIVENCIADAS PELOS
PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Natal, RN, dede

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)