

Viviane Gonçalves Barroso

**As condições de trabalho dos enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família:
um olhar para a cidade de Belo Horizonte – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda de Almeida Neves

Belo Horizonte

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Viviane Gonçalves Barroso

**As condições de trabalho dos enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família:
um olhar para a cidade de Belo Horizonte - MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2009.

Profa. Dra. Magda de Almeida Neves
Orientadora – PUC Minas

Profa. Dra. Cláudia Maria Mattos Penna
UFMG

Prof. Dr. André Junqueira Caetano
PUC Minas

DEDICATÓRIA

Por sua total entrega, mãe, cresci amada.

Em cada pequeno detalhe do seu zelo me amparo e em sua fé me fortaleço.

Em você, pai, mestre que tudo restaura, encontro a segurança dos melhores conselhos.

Em suas não memórias, a certeza de ser sempre lembrança.

Com você, Evandro, vivo a alegria do inesperado e a grandeza da simplicidade.

Em seus braços me aquieto e, com o seu cuidado, tudo posso.

Neste registro, celebro o nosso encontro.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Magda Neves,
pela acolhida e pela atitude persistente e delicada de mostrar e acompanhar o percurso.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais,
por revelarem outros caminhos e possibilitarem novos olhares.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte,
por abrirem as portas da cidade.

Aos enfermeiros e médicos que participaram deste estudo,
por oferecerem algo mais para a construção do cuidado em Saúde.

Ao Leandro Noronha,
pela companhia diante dos resultados e números.

Aos familiares e amigos,
pelo incentivo, suporte, aprendizado, compreensão e por dividirem comigo o cotidiano, com todas as suas cores e dores.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivos identificar as condições de trabalho dos enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família da cidade de Belo Horizonte, conhecer o Programa de Saúde da Família, a partir de características da organização local e das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, além de identificar a ocorrência de variabilidade nas condições de trabalho, a partir da classificação dos serviços, por tipo de risco da população atendida, e, ainda, pela categoria profissional dos trabalhadores. Os serviços estudados foram selecionados considerando-se a representatividade das Regionais Administrativas de Belo Horizonte e segundo critérios de classificação utilizados pela gestão municipal que identifica as características da população sob responsabilidade de cada serviço, segundo Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Dos centros de saúde organizados a partir do PSF, foram analisados 35, sendo 154 os profissionais de saúde envolvidos na coleta de dados, realizada através de questionário. Os resultados obtidos possibilitaram a discussão de temas como formação, história profissional, relações trabalhistas, fatores estruturais, relações com a equipe e comunidade, “carga” de trabalho, autonomia, fatores externos e satisfação no trabalho; além de contribuírem para a caracterização geral da condição de trabalho dos profissionais. Foi identificada a ocorrência de diferentes percepções acerca da condição de trabalho a partir da categoria profissional. Também foram evidenciadas situações peculiares conforme o tipo de risco dos centros de saúde. Revelar o cenário do trabalho na saúde, considerando as limitações das fontes disponíveis, a partir de pesquisa que considera a realidade da organização da cidade e as peculiaridades inerentes às categorias profissionais, constitui importante contribuição para a definição de estratégias de gestão relativas ao trabalho na saúde.

Palavras-chave: condições de trabalho, Programa de Saúde da Família, organização da cidade, risco, categoria profissional

ABSTRACT

The present study aims to identify the nurses and doctors' work conditions of the Family Health Program in Belo Horizonte and to know this program from the characteristics of the local organization and the guidelines settled by Ministry of Health, besides identifying the occurrence of the variability in the work condition from the classification of the services according to the risk of the demanding population and still, for the workers' professional category. The analyzed services were chosen considering the representation of the Administrative Regional System of Belo Horizonte and the criteria of the classification used by the municipal management that identifies the characteristics of the population under the responsibility of each service according to the Health Vulnerability Range. From the Health Centers organized by PSF, 35 were analyzed and 154 health workers were involved in the data collection carried out through a questionnaire. The results enabled the discussion of issues such as formation, professional background, work policy, structural aspects, the relationship between the group and the community, workload, autonomy, external factors and satisfaction with the job besides contributing to the general characterization of the work condition of the professionals. It was shown that there was the occurrence of different perceptions about the work condition from the professional category. Peculiar situations were also shown up according to the kind of risk of the health centers. It consists in an important contribution to the definition of the management of the strategies related to the work in the health service, to show the scenery of the health work considering the limitations of the available sources from the research which takes into account the reality of the organization of the city and its peculiarities independent from the professional categories.

Key-words: work condition, Family Health Program, organization of city, risk, professional category

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| FIGURA 1: Regionais Administrativas de Belo Horizonte | 25 |
| GRÁFICO 1: Distribuição, por sexo, dos enfermeiros e médicos, e segundo tipo de risco das unidades de saúde | 58 |
| GRÁFICO 2: Distribuição da idade média dos enfermeiros e médicos, e segundo tipo de risco dos centros de saúde | 59 |
| GRÁFICO 3: Liberação para participação em atividades de aprimoramento/capacitação diferentes daquelas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo enfermeiros e médicos..... | 63 |
| GRÁFICO 4: Tempo de trabalho no PSF, em meses, dos enfermeiros e médicos, e segundo tipo de risco | 64 |
| GRÁFICO 5: Modalidade do contrato no PSF dos enfermeiros e médicos, e distribuição segundo risco dos centros de saúde | 67 |
| GRÁFICO 6: Percepção geral dos enfermeiros e médicos do PSF acerca dos fatores que interferem na realização do trabalho | 70 |
| GRÁFICO 7: Existência de valorização do trabalho que realiza, segundo enfermeiros e médicos, pelos colegas de trabalho da equipe de Saúde da Família da qual é membro..... | 77 |
| GRÁFICO 8: Existência de valorização do trabalho que realiza, segundo enfermeiros e médicos, pelos demais profissionais da unidade, com exceção do gerente..... | 77 |
| GRÁFICO 9: Existência de valorização do trabalho que realiza, segundo enfermeiros e médicos, pelo gerente | 78 |
| GRÁFICO 10: Número de consultas/atendimentos realizados por hora de trabalho, segundo enfermeiros e médicos | 83 |
| GRÁFICO 11: Residência dos enfermeiros e médicos em relação ao local de trabalho, segundo tipo de risco | 89 |
| GRÁFICO 12: Sentimento de segurança dos enfermeiros e médicos para desenvolver o trabalho no PSF, segundo tipo de risco dos centros de saúde | 90 |
| GRÁFICO 13: Ocorrência de violência (física, verbal, ameaça e outros) no ambiente de trabalho ou na comunidade em que trabalha, segundo categoria profissional ou tipo de risco dos centros de saúde | 91 |
| QUADRO 3: Características gerais por categoria profissional | 94 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA: População de Belo Horizonte, segundo risco de Vulnerabilidade à Saúde, por Regionais Administrativas..... | 53 |
| TABELA 2: Panorama geral da coleta de dados nas Regionais Administrativas de Belo Horizonte | 54 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMAC - Associação Municipal de Apoio Comunitário

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde Pública

CEREST - Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRIA - Centro de Referência à Infância e Adolescência

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICV - Índice de Condições de Vida

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MG – Minas Gerais

NOA-SUS – Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PIACT - Programa Internacional para Melhoramento das Condições de Trabalho

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

PUC / Minas – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

RADIS – Comunicação em Saúde

RN – Rio Grande do Norte

SMS/BH - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUDS – Sistema Unificado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF/OMS - Fundo das Nações Unidas para a Infância - Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1 A SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 17 |
| 1.1 1º Cenário: Brasil | 17 |
| 1.2 2º Cenário: Belo Horizonte | 24 |
| 2 TRABALHO E SAÚDE: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA | 32 |
| 2.1 Aspectos históricos | 32 |
| 2.2 A especificidade do trabalho em saúde | 36 |
| 2.3 Contribuições Acadêmicas | 42 |
| 3 CONDIÇÃO DE TRABALHO: O CASO DE BELO HORIZONTE | 47 |
| 3.1 Características Gerais | 55 |
| 3.2 Formação | 60 |
| 3.3 História Profissional e Relações Trabalhistas | 63 |
| 3.4 Fatores Estruturais | 69 |
| 3.5 Relações com a Equipe | 73 |
| 3.10 Síntese | 78 |
| 3.6 Relações com a Comunidade | 80 |
| 3.7 “Carga” de Trabalho | 82 |
| 3.8 Autonomia e Satisfação no Trabalho | 86 |
| 3.9 Fatores Externos | 88 |
| 3.10 Síntese | 92 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 95 |
| REFERÊNCIAS | 99 |
| APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 108 |
| APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO | 112 |

APENDICE C - IDENTIFICAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE, CONFORME CLASSIFICAÇÃO POR TIPO DE RISCO..... 132

ANEXO A - FACHADAS DE ALGUNS CENTROS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO ESTUDO..... 133

INTRODUÇÃO

O presente estudo possui como tema central a identificação da condição de trabalho dos enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) e como objeto de análise o programa desenvolvido na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais.

Aspectos como a especificidade regional (da cidade e da localidade) e da categoria profissional foram abordados, partindo-se do entendimento de que as condições de trabalho devem ser compreendidas para além da forma de inserção no mercado, e de que essas variam segundo o ambiente em que o trabalho é desenvolvido e segundo a categoria profissional analisada, dentre outros.

Dessa forma, procurou-se avaliar a hipótese de que existe variabilidade das condições de trabalho, ainda que sejam estabelecidas diretrizes gerais para realização dos diferentes programas na área da Saúde, não só por características regionais, relativas, inclusive, à organização dos programas e estratégias, mas, ainda, por especificidades locais, de cada serviço, e das diferentes categorias profissionais envolvidas.

Considerou-se que as propostas de ação relativas à melhoria das condições de trabalho dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF, através de políticas públicas e outros instrumentos, espelhadas no estudo de caso, podem alcançar os problemas vivenciados no cotidiano dos profissionais, ou, quem sabe, aqueles relativos aos grandes centros urbanos, como é o caso de Belo Horizonte.

A pesquisa foi realizada nos serviços de saúde organizados a partir da estratégia de Saúde da Família, na cidade de Belo Horizonte, com os objetivos de identificar as condições de trabalho dos enfermeiros e médicos do PSF; conhecer o Programa, a partir de características da organização local e das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde; além de identificar a ocorrência de variabilidade na condição de trabalho, a partir da classificação dos serviços, por tipo de risco da população atendida, e, ainda, pela categoria profissional dos trabalhadores.

Não foi proposta do estudo a ampla avaliação do PSF e, sim, o reconhecimento do programa desenvolvido na cidade de Belo Horizonte, a partir da identificação de características específicas decorrentes da forma de organização do mesmo e da articulação teórica, através de conceitos e autores que abordam questões inerentes ao trabalho como, por exemplo, a especificidade da gestão e da organização do trabalho em saúde, e da precarização do trabalho nas sociedades pós-industriais.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em publicação acerca dos avanços e desafios do Sistema Único de Saúde, registra problemas a serem enfrentados na área da Saúde, dentre eles, o desafio da gestão do trabalho. A discussão sobre o paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais recoloca a centralidade do trabalhador no processo produtivo, e gera, assim, uma nova agenda para os gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

Como consequência das modificações no cenário da saúde, as políticas públicas, em geral, têm reconhecido as mudanças ocorridas nas condições de vida e trabalho para as pessoas. Nos setores de serviço a flexibilização e a precariedade do trabalho aparecem como um grande desafio. Ainda que o processo seja mais evidenciado nos setores produtivos, já vem sendo notado nos setores de serviços, dentre eles, a saúde. Uma das contradições evidentes nesse setor é o fato de que a flexibilização e a precariedade do trabalho parecem manifestar-se devido a fatores que não o maciço desemprego, na medida em que se detecta, tanto no segmento público quanto no privado, comportamento de forte indutor de emprego, como é o caso do SUS (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Torna-se fundamental, diante disso, contribuir para as discussões relativas à temática, de forma a impactar, de maneira mais contundente, na desprecarização do trabalho dos profissionais da saúde, uma vez que a precarização tem influenciado a vida dos trabalhadores, o seu estado de saúde e o seu trabalho, e decorre de mudanças na dinâmica social, sendo determinada e determinante de novos comportamentos sociais e de gestão do trabalho. Assim, a articulação de discussões realizadas no campo da Saúde e aquelas relativas ao campo das Ciências Sociais pode-se apresentar como estratégia para o entendimento das lacunas existentes e para a definição de estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados.

A abordagem das questões relacionadas à precariedade do trabalho em saúde assume proporções distintas quando se observa as responsabilidades dos diferentes entes da federação, ainda que a associação de iniciativas seja necessária para o alcance dos resultados esperados no campo do trabalho, inclusive aquelas oriundas dos próprios trabalhadores.

Se hoje há um consenso no âmbito do SUS é o de que a questão do trabalho e da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde é um desafio do tamanho do SUS. Partindo do diagnóstico e da análise de situação no setor Saúde, e situando-o no cenário e no contexto descritos, é imprescindível destacar algumas dimensões e aspectos que poderão contribuir para o desenvolvimento de uma política consistente e sustentável na área. É importante insistir que o processo de descentralização da Saúde ocorrido na década de 1990 é determinante para a transformação da gestão do trabalho em uma função estratégica e complexa. Para apresentar resultados, ela precisa da explícita e permanente definição de prioridade política dos governantes e

dos gestores do sistema, das 3 esferas de governo, e do envolvimento e compromisso com os valores do sistema único de saúde, por parte do conjunto dos trabalhadores e não apenas de suas lideranças. (BRASIL, 2006a, p. 140).

Tendo em vista, dentre outras ações, a importância da aproximação dos problemas do setor saúde, o que possibilita a abordagem específica dos mesmos, torna-se relevante, então, inserir na discussão relativa às condições de trabalho na área da Saúde, abordagem que se relaciona, ainda que indiretamente, à descentralização das ações. Essa, além de constituir estratégia de organização do SUS, é proposta nuclear do PSF que, diante de sua expansão e pelo considerável contingente de trabalhadores que envolve, atualmente, torna-se importante foco de estudo, além de possibilitar a análise na perspectiva da organização territorial para disponibilização de recursos em saúde, dentre outros, que assume como estratégia.

Dessa forma, cada realidade, seja municipal ou local, poderia traduzir distintas realidades de trabalho e, por conseguinte, de precarização do trabalho. Somam-se, à realidade conjuntural, a especificidade local e, ainda, a possibilidade de interpretação das relações de trabalho, pela via da percepção acerca das desigualdades configuradas nos espaços da cidade.

O espírito da Constituição Federal de 1988 foi de descentralização, com o suposto de que, dessa forma, se garantiriam políticas públicas mais democráticas, já que estariam mais próximas da cidadania organizada. Para muitos, isso levaria, também, a um uso mais eficiente dos recursos da Saúde. Na experiência internacional, a descentralização dos sistemas de saúde foi impulsionada, como no caso brasileiro, por um desencanto com sistemas centralizados que se caracterizariam por controles burocráticos, ineficiências, apropriação burocrática e baixa capacidade de resposta às demandas da população. (BRASIL, 2006^a, p. 103).

A descentralização das ações, amplamente viável no que diz respeito à organização e à gestão da Saúde, poderia resultar em condições diferenciadas de trabalho para os profissionais dos serviços de saúde, motivo pelo qual se constitui levantamento fundamental a identificação de casos que possam contribuir para a percepção da conjuntura nacional acerca do trabalho no setor Saúde e, ainda, para as gestões locais. A percepção de condições diferenciadas de trabalho, a partir da distribuição dos serviços de saúde, é percepção importante para a gestão do trabalho nas cidades. Mattos (1999) entende que a descentralização implementada no SUS gerou uma multiplicidade de sistemas de saúde municipais, diferentes entre si, o que influencia nos modelos gerenciais adotados e na diversidade das situações existentes.

Outra discussão relevante no contexto da precarização do trabalho em saúde refere-se à identificação e à abordagem dos problemas inerentes às diferentes categorias profissionais

ligadas à saúde, uma vez que o contexto histórico, dentre outros, é distinto para cada grupo de profissionais. “O processo de trabalho em saúde como processo articulado às demais práticas em cada momento histórico, e cuja *práxis* se constrói dinamicamente, deve contemplar as necessidades sociais do coletivo em sua totalidade e singularidade [...]” (MEDEIROS; ROCHA, 2004, p. 405).

Desta forma, torna-se importante identificar a especificidade dos problemas, inclusive relativos à condição de trabalho, relacionados às diferentes categorias profissionais inseridas no SUS, bem como no PSF, tendo em vista as particularidades do contexto histórico de cada uma delas e, ainda, de características relacionadas à organização e ao processo de trabalho, das demandas e possibilidades de realização do cuidado em saúde. O trecho que segue exemplifica a existência de problemas específicos, conforme o abordado anteriormente:

Uma das conseqüências desse fenômeno é o aumento de vínculos precários de trabalho, como mostra o estudo “Monitoramento da Implementação e do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”, realizado em 2001-2002, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde: 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentaram vínculos precários de trabalho, contribuindo para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. O caso dos agentes comunitários de saúde (ACS) é ainda mais complexo, pois a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema e está desprotegida em relação à legislação trabalhista. Mesmo com todas as ações judiciais por iniciativa do Ministério Público do Trabalho e todas as alterações da legislação em 2005-2006, o problema continua quase inalterado. (BRASIL, 2006^a, p. 139).

Com a finalidade de tornar explícito o caminho metodológico utilizado na pesquisa, faz-se necessário destacar a importância da percepção dos profissionais acerca das experiências vividas no cotidiano dos serviços de saúde, relativas às condições de trabalho e a subjetividade das percepções, na medida em que a pesquisa trata das relações instituídas entre sujeitos com demandas e expectativas distintas; e, ainda, o desejo pessoal, a partir de vivências profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde e da academia, de contribuir para o aprimoramento do cuidado de saúde realizado no Sistema, a partir da identificação de situação que, por ser emblemática, diante da conjuntura de avanços na gestão e pela representatividade no cenário nacional, dentre outros, constitui oportunidade de reflexões.

Foram avaliadas as condições de trabalho dos enfermeiros e médicos em diferentes centros de saúde, o que possibilitou, além da abordagem de distintos serviços e grande número de profissionais, a utilização de um mesmo método de abordagem para duas

categorias profissionais, o que não tem sido frequente nos estudos realizados e o que possibilita análise comparativa mais adequada.

A abordagem dos profissionais, público alvo da pesquisa, foi realizada a partir de instrumento de coleta de dados (questionário), buscando-se as percepções acerca de diferentes questionamentos. Os serviços estudados foram selecionados considerando-se a representatividade das Regionais Administrativas da cidade de Belo Horizonte e segundo critérios de classificação utilizados pela gestão municipal, que identifica o tipo de população sob responsabilidade de cada serviço, segundo Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Esse índice aponta áreas prioritárias para a intervenção e a alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais a partir da percepção de desigualdades. Assim, a partir da utilização de indicadores, são determinadas categorias, segundo critério de risco, que foram utilizados, nesta pesquisa, como referência para a escolha dos serviços de saúde a serem pesquisados.

Dessa forma, em uma mesma Regional Administrativa, foram escolhidos quatro (4) serviços de saúde que se caracterizavam, de forma mais expressiva, pelo atendimento de populações de risco muito elevado, elevado, médio e baixo, o que classificou, por conseguinte, cada serviço. A seleção proposta buscou atender, além da representatividade na cidade, a uma diversidade de situações existentes nas Regionais Administrativas de Belo Horizonte, propiciando a percepção de diferentes situações em distintas Regionais, ainda que a proposta não seja a de estabelecer comparação entre as Regionais. Dos centros de saúde organizados a partir da estratégia de Saúde da Família (131), na cidade de Belo Horizonte, durante a coleta de dados, foram analisados 35, sendo 154 os profissionais envolvidos (80 enfermeiros e 74 médicos).

Os dados coletados foram apresentados em grandes temas, definidos ao longo das análises realizadas, a saber: características gerais, formação, história profissional e relações trabalhistas, fatores estruturais, relações com a equipe e com a comunidade, “carga” de trabalho, autonomia e satisfação no trabalho, e fatores externos. Através desses dados coletados, verificou-se a ocorrência de diferentes percepções acerca da condição de trabalho a partir da categoria profissional, sendo o profissional enfermeiro aquele que considerou, de forma geral, a condição de trabalho como mais precária. Também foram evidenciadas situações peculiares conforme o tipo de risco dos centros de saúde, em especial relacionados aos serviços caracterizados como de risco baixo e muito elevado.

Para o alcance dos objetivos do estudo, foi realizada, ainda, revisão bibliográfica que envolveu temas como trabalho, condições de trabalho, cidade, saúde e Programa de Saúde da Família. Esses assuntos foram apresentados ao longo do texto em três capítulos: o primeiro capítulo apresenta a situação da Saúde no Brasil e na cidade de Belo Horizonte, em especial a partir da implantação do Programa de Saúde da Família e discute conceitos inerentes à saúde, contribuindo para a articulação das temáticas estudadas e para a percepção das características do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte; o segundo capítulo aborda a articulação entre a saúde e o trabalho, em sua dimensão geral e no contexto das cidades, o que possibilita a identificação do campo teórico escolhido e, ainda, da caracterização do trabalho em saúde; o terceiro capítulo apresenta a situação dos enfermeiros e médicos do PSF da cidade de Belo Horizonte, no que diz respeito à condição de trabalho, através das estratificações por risco e categoria, a partir dos resultados obtidos na coleta de dados.

Espera-se, a partir da apreensão de questões relativas ao trabalho em saúde, em particular no Programa de Saúde da Família da cidade de Belo Horizonte, contribuir para a composição do cenário de transformações do mundo do trabalho e, ainda, para a melhoria das condições de trabalho, a partir do levantamento do cenário no espaço proposto.

1 A SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1 1º Cenário: Brasil

A saúde dos indivíduos tem sido, ao longo do tempo, campo de trabalho e preocupação de diferentes atores. As questões atuais suscitam em pesquisadores, gestores, profissionais e lideranças reflexões e esforços no sentido de responder a questões prementes no que diz respeito aos sistemas e serviços de saúde como, por exemplo, o cenário atual das condições de trabalho dos profissionais e, ainda, a definição de diretrizes e estratégias que possibilitem a expansão qualitativa e quantitativa do cuidado em saúde das populações.

Entendida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente como ausência de doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946), a saúde, para ser garantida, apresenta desafios de diferentes dimensões.

Em 1978, diante da necessidade de revisão de estratégias para a melhoria do cuidado em saúde, ocorreu na cidade de Alma Ata, então União Soviética, o encontro que marcou o repensar das práticas em saúde, em especial, dos países em desenvolvimento. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde propiciou, naquele ano, o início da revisão de um modelo de saúde vigente que não atendia, de forma eficiente, às demandas e necessidades das populações, na medida em que era respaldado pelo paradigma flexneriano, caracterizado por prática individualista, mecanicista e especialista, dentre outras, e que enfatizava o olhar fragmentado do indivíduo e trazia como questão central a doença (MENDES, 1996).

A partir de então, ao longo dos anos, diante de novas mudanças na concepção do cuidado, foram necessárias alterações na organização dos sistemas e serviços de saúde. Essas mudanças resultaram na ênfase da atenção primária e dos cuidados primários de saúde, definidos como cuidados essenciais baseados em tecnologias cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos e famílias, visando à prevenção das doenças e à promoção da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979).

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, diante de crises econômicas, de resultados negativos na área da saúde e de influências como a de Alma Ata, dentre outros, inicia-se,

também, a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Esta época foi caracterizada pelo crescimento do número de hospitais e pela doença como alvo de cuidado (BORBA, 1998). A formulação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS), em 1987, contribuiu para o avanço da ideia de descentralização de recursos da esfera federal e municipalização dos serviços. A interpretação mais globalizante, a de atenção primária como estratégia, decodifica-se como uma maneira determinada de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades e aspirações na área sanitária (MENDES, 1996).

Convém ressaltar que as mudanças iniciadas nessas décadas, e que originaram o atual sistema de saúde brasileiro, foram resultantes de ampla discussão e influência de setores populares e de trabalhadores em saúde, descontentes com o modelo assistencial vigente na época. O mérito inicial do Brasil, hoje, de possuir um sistema com pilares como a universalização da assistência, a integralidade e a equidade, deve ser dado à pressão popular e de setores sociais organizados, como os representados pelos trabalhadores da saúde (CARVALHO, 2005).

A Lei n. 8080, de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde; e determina que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constituiu o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

O SUS determina, legalmente, profundas modificações na concepção de saúde e no perfil dos profissionais que nele atuam quando anuncia, em seus princípios e diretrizes, a universalidade e a garantia de acesso, a resolutividade nos diferentes níveis de atenção, a equidade, a participação social na gestão da saúde e a integralidade das ações e serviços. Os serviços e as ações de saúde devem ser organizados, ainda, de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescentes.

As normas operacionais produzidas a partir da criação do SUS, em 1990, contribuíram para a organização do mesmo, pois incluíram orientações operacionais e estratégicas que favoreceram mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. Elas redefiniram também as responsabilidades dos entes da Federação, o que permitiu avanços na consolidação dos princípios do SUS e garantiu a plena responsabilidade do poder público municipal que passou a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde relativas ao seu território.

O processo de organização do cuidado após 1990 teve como referências: a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) editada em 1993, 1996 e 1998, que solidificou o processo de municipalização e responsabilização do nível local na produção e organização dos cuidados em saúde, e a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS-SUS), de 2001 e 2002, que fortaleceu a diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da assistência à saúde no País, que preconiza a identificação de vazios assistenciais nos territórios e a potencialização de centros regionais de referência para os municípios que apresentam pouca resolutividade em seus limites geográficos (BRASIL, 1996a; 1996b; 2001; 2002).

A formulação do Sistema Único de Saúde, como resultado do movimento da Reforma Sanitária, vem proporcionando, desde então, avanços na organização dos sistemas e serviços de saúde, em especial a partir da descentralização de recursos e responsabilidades e da democratização da participação. Diante da influência de modelos assistenciais distintos, o SUS vem buscando direcionar as práticas de saúde no sentido da construção de um novo modelo, o de Atenção Integral.

Para organizar o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, considerando a diversidade de atores e situações, e a necessidade de alcance do novo modelo de saúde proposto, o Ministério da Saúde definiu a Atenção Básica como estruturante do sistema. A Atenção Básica, na linha de cuidados, não é considerada nível assistencial mais importante do que os demais, mas ações de fortalecimento da atenção prestada nesse nível são essenciais devido à proximidade da realidade cotidiana das pessoas. Ela é entendida pelo Ministério da Saúde do Brasil com a mesma conotação do que é considerado Atenção Primária para outros países. Para Starfield,

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre as pessoas (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde

e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Conceitualmente, para o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999). A Atenção Básica deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado (tratamento e reabilitação) desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem a responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde das populações (de maior frequência e relevância), sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientado pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. (BRASIL, 2003, p. 19).

No ano de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revista, expressando o acerto na definição do Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica no Brasil. Assim, a nova política aponta para a redefinição de princípios gerais, responsabilidades das esferas de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais, incluindo as especificidades do Programa de Saúde da Família, dentre outros. Essa política de fortalecimento da Atenção Básica está contida dentro de uma política ainda maior de fortalecimento do SUS e em Defesa da Vida, que incorpora outras diretrizes com a Promoção à Saúde, o novo Pacto Gestor para os municípios e a nova pactuação de metas mínimas de qualidade assistencial (BRASIL, 2006b; 2006c).

Em seus diferentes registros, a PNAB aponta para fundamentos como o de valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação e para a garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. São delimitadas, ainda, no referido documento, as atribuições de cada esfera de governo e das equipes de saúde, e os mecanismos de financiamento na Atenção

Básica, o que garante a padronização das ações no âmbito nacional e a aproximação dos problemas percebidos ao longo da implantação do SUS.

Para efetivar, então, o papel da Atenção Básica na organização dos sistemas de saúde, o Ministério da Saúde, em meados da década de 1990 e novamente em 2006, propõe a estratégia de Saúde da Família ou o Programa de Saúde da Família, como ficou conhecido no Brasil, como estratégia para a organização desse nível de atenção. Assim, a Saúde da Família torna-se também a orientadora do Modelo de Atenção Integral. Para o Ministério da Saúde, a Saúde da Família é entendida como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes atuam com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 1997).

O Programa de Saúde da Família foi criado em 1993 e consolidou-se como estratégia de organização dos serviços de saúde, baseada na substituição de práticas convencionais por um processo de trabalho centrado na vigilância à saúde, na coordenação dos cuidados e na Atenção Básica e Integral de indivíduos e famílias de determinada área de abrangência. O PSF foi implantado, inicialmente, em áreas de baixa densidade populacional e escassez de recursos (serviços e profissionais de saúde) e, ainda, caracterizadas por indicadores como taxas de mortalidade infantil e materna elevadas e baixa esperança de vida ao nascer. A partir da implantação do PSF, entretanto, observou-se a melhora significativa dos indicadores de saúde (CAPISTRANO FILHO, 1999).

A expansão do Programa de Saúde da Família resultou em uma nova definição acerca da importância deste enquanto estratégia reorganizadora da Atenção Básica e colocou questões como a qualificação das equipes e a resolutividade no centro de discussões que resultaram na busca da articulação da Atenção Básica com os demais níveis de organização do sistema. A partir da referida expansão foi possível, também, institucionalizar a avaliação na Atenção Básica (SOUZA, 2002).

O crescimento da cobertura pelo Programa de Saúde da Família vem aumentando ao longo do tempo, o que demonstra a clara intenção de fortalecimento da estratégia de Saúde da Família como organizadora da Atenção Primária e, por conseguinte, a importância de estudos

que possibilitem a consolidação desta. De dezembro de 2002 a abril de 2004, o Programa de Saúde da Família cresceu 66% (COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, 2004), sendo que em 2006 o número de equipes chegava, aproximadamente, a 26 mil no país. A estratégia do Programa de Saúde da Família tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados, apesar de existirem problemas de diferentes dimensões.

Atualmente, aproximadamente 70% da população brasileira utilizam o setor público para realizar cuidados de saúde que são organizados através da Atenção Primária, com ênfase na Atenção Básica. Deste número, aproximadamente 44% são atendidos pelo Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2006a), a partir de diretrizes e propostas de ações traduzidas por políticas e programas definidos nos níveis Federal, Estadual e Municipal que destinam, inclusive, incentivos financeiros aos municípios que aderem ao Programa.

Em 2006, no Pacto de Gestão entre as três esferas de governo, a Saúde da Família foi considerada estratégia prioritária para o fortalecimento da Atenção Básica, sendo o seu desenvolvimento pautado nas diferenças loco-regionais. O Pacto de Gestão definiu, ainda, os seguintes objetivos:

- a) desenvolver ações de qualificação dos profissionais da Atenção Básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina de família;
- b) consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios;
- c) ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos;
- d) garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- e) garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- f) aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- g) implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- h) apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de saúde da família, respeitando as especificidades loco-regionais. (BRASIL, 2006d, p. 63).

Segundo o **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família** (BRASIL, 2006e), as equipes de saúde que atuam no PSF devem ser pró-ativas na identificação do processo saúde-doença e no reconhecimento de agravos, que devem ser seguidos ao longo do tempo, bem como acolher as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais. O PSF deve substituir a Atenção Básica convencional, prover a saúde e

alcançar mudanças de hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias.

A equipe de Saúde da Família, composta, minimamente, por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, garante a realização de visitas domiciliares, ações programáticas (grupos operativos, campanhas e outros), atendimento médico e de enfermagem, dentre outras ações, o que resulta em resolubilidade e vinculação aos serviços de saúde, evitando que os indivíduos transitem de forma desordenada pela rede de atenção à saúde. É responsável pela Atenção Integral continuada de uma população entre 2.400 e 4.000 pessoas e deve estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população. O trabalho desenvolvido pressupõe abordagem multiprofissional, processos diagnósticos da realidade, planejamento e organização, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 1997).

O Programa de Saúde da Família propõe a revisão da forma de atuação dos profissionais de saúde que passa ao compartilhamento, no lugar do isolamento da realização de atividades, o que significa o favorecimento da organização do trabalho em equipe. Conforme foi abordado por Campos (1997c), o trabalho em equipe não pressupõe ideia de apagamento das diferenças de papéis ou funções entre os trabalhadores e não compartilha sequer da ilusão de liquidar com o poder médico, pretende não somente reduzi-lo e aproximá-lo daqueles de outros segmentos sociais, por intermédio de sua integração a um contexto de participação democrática.

As atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde, segundo o Ministério da Saúde, de forma geral, são:

- a) mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONGs, etc;
- b) planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita;
- c) acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas;
- d) ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças;
- e) consultas médicas e/ou de enfermagem;
- f) consultas e procedimentos odontológicos quando existir a equipe de saúde bucal;
- g) realização de procedimentos médicos e de enfermagem (imunizações, inalações, curativos, suturas e outros);
- h) atendimento em urgências básicas;
- i) realização de encaminhamentos adequados das urgências, emergências e de casos de maior complexidade;
- j) atividades extra-muros como visitas, consultas e procedimentos domiciliares, reuniões com a comunidade e outras. (BRASIL, 2006e, p. 17).

O Ministério da Saúde não recomenda que trabalhem em uma mesma Unidade Básica mais de três equipes de Saúde da Família, devido às dificuldades de organização da agenda e dos fluxos operacionais necessários ao modelo de atenção à saúde proposto. Além disso, o **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família** considera, diante da premissa da interdisciplinaridade, que a utilização dos espaços físicos deve ser pensada de forma a superar a lógica dos espaços exclusivos, permitindo a utilização desses espaços de forma compartilhada entre diferentes profissionais e atividades. Entretanto, em grandes centros urbanos é comum encontrar mais de três equipes por centro de saúde.

1.2 2º Cenário: Belo Horizonte

Belo Horizonte foi inaugurada em 1897 para ser a capital de Minas Gerais, ocupa uma área de, aproximadamente, 330 Km² e foi caracterizada como “cidade funcional”, segundo Gomes (2000), por possuir localização privilegiada e facilidade de acesso aéreo e rodoviário, dentre outras características.

Segundo o Censo 2000 e o Plano Municipal de Saúde 2005/2008, a população de Belo Horizonte alcançou mais de dois milhões de habitantes, distribuídos espacialmente de forma desigual, concentrando-se, prioritariamente, na faixa noroeste do município (BELO HORIZONTE, 2005). As pirâmides etárias mostram que a cidade apresentou processo de queda na taxa de natalidade e aumento da esperança de vida nos últimos anos, seguindo tendência geral brasileira, o que determina o envelhecimento populacional (MACHADO, 2003).

Belo Horizonte centraliza grande parte das atividades econômicas do Estado de Minas Gerais e pode se constituir pólo concentrado de serviços estratégicos (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Um aspecto importante a ser citado é a dinâmica demográfica de movimentos pendulares intrametropolitanos com o deslocamento de pessoas de outros municípios para trabalhar na cidade.

Para a gestão e o planejamento, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas (MAPA 1): Venda Nova, Norte, Pampulha, Leste, Nordeste, Noroeste, Centro-Sul, Oeste e Barreiro, e em 81 unidades de planejamento. Dentre as nove Regionais

Administrativas, a Região Centro Sul possui estrutura etária mais idosa, o que não ocorre nas Regiões Barreiro e Norte, mais distantes do centro da cidade.



FIGURA 1: Regionais Administrativas de Belo Horizonte

Fonte: PRODABEL.

Cada Regional, através de uma administração local, é responsável por planejar e executar as políticas municipais referentes ao seu território, o que significa descentralização das ações.

A área da saúde foi definida como uma das prioritárias para a gestão municipal. Existe o compromisso de garantir atendimento de qualidade, proporcionado o bem-estar e a melhora das condições de vida da população. Para tal, as unidades assistenciais do SUS-BH totalizam 198 tipos de unidades, sendo 139 básicas.

As Políticas de Saúde de Belo Horizonte estabelecem um conjunto de ações que, a partir da integração entre diferentes serviços, garantem assistência à saúde conforme as diretrizes estabelecidas pelo SUS e, ainda, permitem a abordagem de distintos processos de adoecimento da população, segundo indicadores de saúde e econômicos, agregados.

Com base nas informações dos censos demográficos de 1980 e 1991 foram elaboradas as estimativas do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e do Índice de Condições de Vida (ICV) de Belo Horizonte que, juntamente com o Mapa de Exclusão Social (resultado de parceria entre a Prefeitura de Belo Horizonte e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e elaborado a partir de um conjunto de indicadores que expressam aspectos considerados como fatores de exclusão social), contribuem para a gestão do município, inferindo novas formas de planejamento e permitindo a definição de prioridades.

O Índice de Vulnerabilidade Social, que é responsável pela definição do Mapa de Exclusão Social, foi construído a partir de cinco dimensões de cidadania (ambiental/moradia, cultural/educação, econômica/emprego, jurídica/assistência jurídica e segurança de sobrevivência/serviços de saúde) e definiu como áreas críticas: Barragem, Mariano de Abreu, Baleia, Capitão Eduardo, Ribeiro de Abreu, Gorduras, Mantiqueira/SESC, Prado Lopes, Jardim Montanhês, Morro das Pedras, Jatobá, Jaqueline, Jardim Felicidade, Taquaril, Cafezal, Olhos D'Água e Confisco.

Os distritos com piores condições de vida foram Barreiro, Venda Nova e Nordeste, o que resultou em maiores ações governamentais em saúde nestas localidades. Tal fato sugere uma tendência redistributiva de oferta na implantação do SUS, na medida em que aparecem índices de vulnerabilidade maiores, numa escala entre 0 e 1, evidencia-se uma vulnerabilidade social mais intensa.

As definições dos setores censitários são determinadas a partir das demandas atendidas, do perfil epidemiológico da região, do acesso às unidades de saúde, da existência de barreiras geográficas, do tamanho populacional, do fluxo de transportes, dentre outros.

A organização territorial estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde acontece de acordo com as necessidades e possibilidade das práticas de intervenção. Os Distritos Sanitários seguem a delimitação das Regionais Administrativas e são referência para a gestão e para a organização da assistência. As unidades territoriais do sistema de saúde em Belo Horizonte estão subdivididas, conforme esquema abaixo, de modo a possibilitar uma classificação socioeconômica da população adscrita, das condições de infraestrutura e demais informações, disponibilizadas de modo agregado por setor censitário, nos censos populacionais feitos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

*Município → Distrito Sanitário → Área de Abrangência do Centro de Saúde →
→ Área da Equipe do PSF → Microárea → Moradia.*

Na cidade de Belo Horizonte a organização do Sistema de Saúde também acontece a partir do fortalecimento da Atenção Básica. A estratégia de Saúde da Família é denominada, na cidade, de BH Vida – Saúde Integral na Cidade.

No município de Belo Horizonte a atenção básica é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e que realizam diversas ações que buscam a atenção integral aos indivíduos e comunidade. (BELO HORIZONTE, 2006, p. 172).

As primeiras equipes do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte foram implantadas em fevereiro de 2002, mas a estruturação do SUS no município foi iniciada antes mesmo do processo de municipalização, no final dos anos 80.

No início da implantação, a Secretaria Municipal de Saúde, segundo documento de recomendações para organização local, pretendia utilizar os recursos humanos existentes na rede para formatar o PSF e para tal desenvolveu uma metodologia de adesão desses profissionais ao Programa de Saúde da Família, na qual eles mesmos concordavam com as alterações de carga horária, salariais e do processo de trabalho e também se inscreviam para o recebimento de uma gratificação salarial denominada “*Plus* do PSF”. As primeiras equipes cadastradas, cerca de 180, foram, portanto, montadas com profissionais que já trabalhavam na rede. À exceção desses, ao longo da implantação, foram poucos os médicos e enfermeiros da rede que aderiram ao PSF.

No primeiro ano de implantação, os recursos humanos que não aderiram ao PSF permaneceram nos centros de saúde de origem. Após esse período, a partir de incentivo da Secretaria Municipal de Saúde, foram criadas as “equipes de apoio”, nas quais especialistas como o pediatra e o ginecologista, por exemplo, contribuía para o atendimento dos casos agudos ou mais complexos, havendo um incremento da população sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família. Esses profissionais mantiveram a carga horária de trabalho e passaram a receber, também, o “*Plus* do PSF”. Os profissionais que não aderiram à proposta permaneceram nos centros de saúde nos moldes de atendimento à demanda e agendamento de consultas, atendendo, principalmente, à população de baixo risco, não cadastrada no PSF. Com o objetivo implantar mais de 500 equipes de Saúde da Família foi necessário, entretanto, viabilizar a contratação de novos médicos e enfermeiros. Desta forma, nos primeiros anos da implantação existiu enorme incremento na capacidade assistencial da rede básica de saúde.

No início de 2003 foi inaugurado o processo de avaliação da Política de Saúde Municipal. Foram agregados diversos atores em torno do projeto da Atenção Básica e

resgatada a gestão colegiada em todas as instâncias. No âmbito da atenção à saúde, foram levantados os problemas que mais comumente afetavam o funcionamento dos centros de saúde e a qualidade do atendimento. Um dos problemas identificados foi a pouca clareza acerca do formato e papel das diversas equipes existentes. Também foram percebidas dificuldades relativas à organização do processo de trabalho e à divisão territorial e populacional.

Ainda em 2003 foi realizada a atualização do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, com a utilização de novos indicadores e com a utilização de dados do Censo 2000. Para adequar aos critérios pactuados e ao número total de equipes de Saúde da Família propostas para o município, algumas equipes foram remanejadas.

O processo de discussão resgatou as diretrizes para reorganização da atenção à saúde e objetivou a reflexão, também em nível local, sobre o trabalho das equipes nos centros de saúde. O PSF foi reafirmado como eixo organizador da Atenção Básica. A priorização da implantação do PSF continuou focando áreas de risco muito elevado, elevado e médio, com a previsão de cobertura para o baixo risco em serviços onde essa população representasse menos de 20% do total populacional. Outra importante decisão foi a extinção das equipes denominadas “ampliadas”, sendo que os médicos clínicos, pediatras e ginecologistas passaram a compor equipes de apoio ao PSF.

O processo de implantação da estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte, dentre outros efeitos, ampliou a complexidade do cuidado médico e de enfermagem, dentre outros, prestado na Atenção Básica e descortinou questões como a violência, a pobreza, as dificuldades da vida familiar. A infraestrutura e a disponibilização de instrumental, equipamentos e mobiliário para as atividades das equipes, apesar de muitos investimentos, não foram suficientemente dimensionados e as áreas físicas de muitas unidades foram consideradas inadequadas e insuficientes para o trabalho das equipes. Também existiam dificuldades para a estabilização das equipes, principalmente no tocante ao profissional médico e para a realização do trabalho em equipe, marcado pela falta de clareza das atribuições de cada profissional.

Os princípios da Atenção Básica em Belo Horizonte são: universalidade, equidade, integralidade de participação social; e os seus pressupostos são: acessibilidade, educação permanente, intersetorialidade, gestão democrática, humanização e qualidade da atenção. O papel primordial da Saúde da Família em Belo Horizonte é propiciar a reorganização da Atenção Básica a partir da reorganização do processo de trabalho dos centros de saúde e da inserção de novos saberes e práticas neste espaço.

O BH Vida baseia-se em quatro eixos fundamentais: Eixo Assistencial (projeto usuário centrado, acesso resolutivo, acolhimento, vinculação responsabilizadora, busca da autonomia do usuário, impacto da produção de saúde também no âmbito coletivo, integralidade e qualidade da atenção prestada), Eixo das Redes Especializadas (construção das redes especializadas de referência), Eixo Vigilância em Saúde (articulação entre as ações centradas nos indivíduos e nas ações de âmbito coletivo) e Eixo da Gestão e Controle Social (ações gestoras que busquem garantir o provimento de recursos humanos, materiais e financeiros para o funcionamento da rede assistencial e as atividades do controle social). O Eixo das Redes Especializadas foi definido como prioridade da gestão para o período de 2005-2008 e a qualificação da Atenção Básica a meta da gestão do SUS como um todo.

As atividades desenvolvidas para o funcionamento do sistema de saúde de Belo Horizonte são complexas e abrangentes. Alguns exemplos de fluxos de ações são os atendimentos em consultas diversas, a realização de exames, os encaminhamentos, os serviços burocráticos, os serviços de logística e as reuniões, dentre outros. Existem atribuições comuns aos profissionais da equipe de Saúde da Família, como a territorialização e o mapeamento da área de abrangência e a realização do cuidado de saúde da população, mas, também, atribuições específicas para cada profissional. Desta forma, ainda que existam atribuições para os diferentes profissionais que atuam no Sistema de Saúde, seguem as responsabilidades dos médicos e enfermeiros, tendo em vista serem os profissionais alvos do estudo:

Médicos: ser a referência da população adscrita, realizando atendimento aos usuários, independente de suas características e da amplitude dos problemas de saúde; ser responsável pela prestação dos cuidados médicos continuados, longitudinalmente; desenvolver abordagem centrada no indivíduo através de consultas clínicas, procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares; estabelecer relação médico/paciente efetiva ao longo do tempo; realizar a gestão do cuidado bem como coordenar a prestação de cuidados médicos, gerindo a interface com as demais especialidades. [...] Enfermeiro: planejar, coordenar, executar e avaliar as ações de assistência de enfermagem integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo; supervisionar a assistência de enfermagem com destaque para imunização, preparo e esterilização de material, administração de medicamentos e curativos, bem como avaliar o procedimento de coleta de material para exame e dispensação de medicamentos realizados pelos auxiliares de enfermagem; realizar consulta de enfermagem e prescrever a assistência de enfermagem; quando necessário e conforme protocolos estabelecidos, solicitar exames complementares e prescrever medicamentos; realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas; planejar, coordenar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde; planejar e coordenar a capacitação e a educação permanente da equipe de enfermagem e dos Agentes Comunitários; coordenar e avaliar o processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos e superfícies do centro de saúde; promover e coordenar reuniões periódicas da equipe de enfermagem; registrar as ações de enfermagem em prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos institucionalizados; realizar consultoria, auditoria e emitir parecer em matéria de enfermagem, no âmbito

da instituição e participar de atividade de regulação assistencial buscando o uso racional e a priorização da utilização de recursos disponíveis para casos com maior necessidade clínica. (BELO HORIZONTE, 2006, p. 20-21).

O conceito de Linha de Produção do Cuidado é adotado como eixo ordenador da Assistência Integral e sintetiza a ideia de que a rede assistencial deverá estar integrada e ofertar todos os recursos necessários à assistência. A Linha de Cuidado é demarcada pelo projeto terapêutico definido para cada usuário com base nos riscos individual e coletivo.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2005-2008), no ano de 2005, Belo Horizonte contava com 506 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 139 unidades básicas de saúde, sendo responsáveis pela cobertura de 76% da população do município. As áreas de maior risco foram priorizadas e receberam 55% das equipes de Saúde da Família. A territorialização e a vinculação de uma dada população, portanto, são ideias nucleares do PSF.

O espaço territorial das áreas das equipes de Saúde da Família leva em consideração a quantidade dos habitantes e o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (combinação de diferentes variáveis num indicador que traduz as desigualdades intraurbanas, orientando uma organização diferenciada dos recursos assistenciais).

A implantação do BH Vida na cidade revelou um período de transição do modelo assistencial de saúde e resultou em alterações do processo de funcionamento dos centros de saúde e no processo de trabalho das equipes, o que aponta para a necessidade de qualificação permanente da Atenção Básica. Alguns indicadores definidos pela gestão do município apontam para a busca de melhoria do cuidado de saúde prestado e para a promoção da capacitação das equipes de Saúde da Família, além da reforma de unidades de saúde, alinhadas à ideia de reconhecimento do trabalho prestado pelos profissionais de saúde.

Muitos esforços vêm sendo empreendidos para fortalecer o PSF. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Mundial para municípios com população acima de 100 mil habitantes, pode ser destacado como perspectiva concreta de ampliação de recursos para o SUS na cidade de Belo Horizonte, sendo estruturado em componentes de Fortalecimento da Atenção Básica, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Monitoramento e Avaliação. Através do projeto já foram realizadas reformas de algumas unidades básicas de saúde e adquiridos materiais e equipamentos para as mesmas.

Sobre a dimensão de recursos humanos e valorização do trabalho, cabe ressaltar que uma das metas de gestão do Sistema de Saúde em Belo Horizonte é a implantação de uma Política de Recursos Humanos que propicie o desenvolvimento dos trabalhadores e a

modernização das relações de trabalho. A dinamização do corpo gerencial e a busca do equilíbrio na remuneração dos trabalhadores são alguns dos desafios pontuados. A aposta na educação permanente e a estabilização dos trabalhadores através de concurso públicos visam à valorização dos trabalhadores.

Outro exemplo de investimento do município no fortalecimento da Atenção Básica é a realização do curso de Especialização em Saúde da Família para médicos e enfermeiros que atuam nas equipes, o que vai ao encontro das medidas propostas pelo Ministério da Saúde para a potencialização do Programa, ainda que pareçam ser insuficientes para sensibilizar problemas relativos às condições de trabalho dos profissionais.

2 TRABALHO E SAÚDE: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

2.1 Aspectos históricos

Para a compreensão da complexidade do trabalho, em especial na área da Saúde, é necessário o entendimento de que a saúde, como define Brito (2000), é a expressão de aspectos sociais, históricos e culturais, na qual o trabalho exerce papel fundamental e, ainda, a visualização de aspectos históricos relativos às relações de trabalho no Brasil.

O sistema de regulação do trabalho no Brasil, segundo Costa (2005), acompanha as correntes ideológicas, as lutas políticas e a atividade legislativa que puseram em debate o liberalismo econômico e a intervenção estatal desde o século XIX até o início dos anos de 1930. Após 1945, o padrão produtivo e tecnológico dominante nos países mais industrializados foi incorporado a partir da proteção de um Estado forte, facilitando a acumulação de capital pelo controle e a integração limitada da classe operária. A ordem liberal estabelecida na Constituição de 1981 é rompida em 1926 com a emenda constitucional que põe termo ao preceito da liberdade de profissões, e entre 1931 e 1934, através de inúmeros decretos, inicia-se a regulamentação de exploração do trabalho. Em 1937, ocorre o rompimento da liberdade sindical, cabendo ao Estado o completo controle administrativo e político das atividades sindicais, o que acontece a partir do estabelecimento do sistema de relações de trabalho no Brasil (limitação de jornada de trabalho, proibição do trabalho de menores de 14 anos, regulamentação do trabalho feminino e outros), considerado moeda de troca da redução dos direitos políticos e da liberdade de organização e reivindicação. A redução do poder de pressão dos trabalhadores e a dinamização da economia levaram, ao final dos anos de 1950 e, novamente, pela via ditatorial, pós-1964, à massificação do assalariamento e dos direitos a ele pertinentes. Dessa forma, a inexistência de um sistema de regulação coletiva levou a uma rede informal, paralela, de trabalho autônomo e precário, marginalizada, também, pela sociedade. A ação repressiva dos movimentos trabalhistas fez emergir greves e manifestações populares que renunciaram, a partir do ano de 1978, a abertura política do país e que resultaram em incorporação de reivindicações relacionadas aos interesses dos trabalhadores, consolidados, posteriormente, na Constituição de 1988, ainda que os avanços democráticos nas relações de produção tenham sido heterogêneas e que no

ano de 1990 a abertura comercial e as privatizações tenham trazido desemprego, informalidade e deslocamento dos trabalhadores para o setor de serviços.

Em especial, a Terceira Revolução Industrial (revolução tecnológica, centrada nas tecnologias da informação e de base microeletrônica), conforme aborda Medeiros e Rocha (2004), desencadeou novas articulações de processos econômicos, políticos e sociais, de projetos da sociedade, da forma de organização do poder e de atores sociais em proporções mundiais, sendo vivenciadas também no Brasil que, através da implementação de políticas sociais com características do modelo neoliberal, envolvem o âmbito público e privado em desafios organizativos e de subjetividade.

Ainda, segundo as autoras, no mundo do trabalho a Terceira Revolução Industrial traz como um dos seus desdobramentos mais visíveis a incorporação de novas tecnologias, o desemprego e as novas formas de organização do trabalho. Cabe ressaltar que a saúde encontra-se inserida no setor terciário de trabalho, constituindo um processo de trabalho que possui processo de produção, relações sociais, meios e instrumentos fortemente impactados pela tecnologia, dentre outros aspectos.

Resumindo, a Terceira Revolução Industrial constitui um processo difuso que repercute na dimensão cultural, o chamado pós-modernismo, influencia a arte e os costumes. No que diz respeito à política e à economia gerou o chamado neoliberalismo e a era da globalização. Essa transformação do modo de produção ocorre simultaneamente na organização do Estado e no processo de trabalho nos setores primário (agropecuária, extração de minérios), secundário (indústria, pesquisa, informática) e terciário (serviços), sendo este último o âmbito do setor saúde. (MEDEIROS; ROCHA, 2004, p. 400).

Os elementos mais importantes das transformações oriundas da Terceira Revolução Industrial, que passaram a ocorrer em nossas sociedades, são:

[...] maior flexibilidade de gerenciamento; descentralização das empresas e sua organização em redes tanto internamente quanto em suas relações com outras empresas; considerável fortalecimento do papel do capital vis-à-vis o trabalho, com o declínio concomitante da influência dos movimentos de trabalhadores; individualização e diversificação cada vez maior das relações de trabalho; incorporação maciça das mulheres na força de trabalho remunerada, geralmente em condições discriminatórias; intervenção estatal para desregular os mercados de forma seletiva e desfazer o estado de bem-estar social com diferentes intensidades e orientações, dependendo da natureza das forças e instituições políticas de cada sociedade; aumento da concorrência econômica global em um contexto de progressiva diferenciação dos cenários geográficos e culturais para a acumulação e a gestão do capital. (CASTELLS, 1999, p. 21-22).

Somam-se a esta realidade efeitos das transformações do trabalho a partir de fenômenos como a globalização que, a partir de avanços na industrialização, além de crescente urbanização, dentre outras características, propiciou um cenário favorável ao desenvolvimento de práticas que impactam negativamente na qualidade de vida dos trabalhadores, na garantia dos direitos relativos ao trabalho como, por exemplo, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a insegurança diante da oferta ampliada de profissionais no mercado e a instabilidade dos contratos de trabalho.

Toni (2003) registra que a reestruturação do capitalismo, empreendida desde os anos 70, ocorre no bojo da mundialização do capital, que induz a mudanças qualitativas nos planos produtivo (novas tecnologias e novos padrões de gestão e de organização do trabalho) e político-ideológico (predominância do ideário neoliberal que coloca o mercado como instância reguladora da vida em sociedade). Os trechos, abaixo, sintetizam os desdobramentos, de forma geral, da globalização ou da mundialização do capital:

A partir da década de 1980, observamos uma intensificação do processo de internacionalização das economias capitalistas que se convencionou chamar de globalização. Algumas características distintivas desse processo são a enorme integração dos mercados financeiros mundiais e um crescimento singular do comércio internacional - viabilizado pelo movimento de queda generalizada de barreiras protecionistas, e pela crescente presença de empresas transnacionais. (DUPAS, 1999, p. 121).

Nestes termos, pode-se afirmar que a configuração setorial e ocupacional que se está constituindo no Brasil nos anos 90, como consequência das transformações recentes sobre sua base econômica, tende a favorecer mais o emprego no segmento terciário que na indústria, e mais ocupações aqui consideradas informais (sem carteira e trabalhadores por conta própria) que aquelas formalmente assalariadas. Este panorama geral esconde, portanto, uma situação perversa em um duplo sentido. Por um lado as novas inserções setoriais seriam fruto mais de perda de dinamismo econômico da estrutura produtiva brasileira que de um reordenamento da mesma rumo a um padrão de desenvolvimento sustentável. Por outro lado, as novas inserções setoriais representariam muito mais estratégias de sobrevivência dos trabalhadores, diante do colapso das alternativas de empregabilidade formal com proteção social, que uma livre e soberana escolha para alcançar seja ascensão profissional ou realização pessoal, ainda que muitas dessas novas atividades autônomas possam redundar em certo prestígio social ou mesmo em rendimentos médios mais elevados por algum tempo. (CARDOSO JUNIOR, 1999, p. 31).

O debate sobre o trabalho, conforme Toni (2003), na sociedade contemporânea, é controvertido, existindo abordagens que anunciam o fim do trabalho, baseadas, principalmente, na redução do trabalho assalariado e do tempo de trabalho; e, outras, que reforçam a centralidade do trabalho, apesar das mudanças processadas em torno do mesmo,

buscando analisar as transformações no trabalho sob o ângulo de suas implicações sociais, o que parece ser mais coerente com a proposta desta pesquisa.

Dessa forma, alguns autores abordam dimensões importantes para a abordagem do trabalho no campo da saúde. Segundo Jardim (1997), ocorreram mudanças no decorrer dos séculos que trouxeram nova configuração de valor para o trabalho que passou a ser mercadoria trocada por dinheiro.

Como registra Castel (1998), uma nova questão social se coloca, uma vez que os atributos vinculados ao trabalho para caracterizar o *status* que situa e classifica um indivíduo na sociedade são colocados em cheque em função de reduzidos direitos sociais e humanos.

De acordo com Telles (2006), ainda que o trabalho não mais estruture as promessas de progresso social e os coletivos “de classe” tenham sido desfeitos, o trabalho não deixa de ser uma dimensão estruturante da vida social, sendo necessário construir um plano de referência que permita colocar em perspectiva processos, problemas, redefinições, campos de força, resistências e outros pontos pelos quais seja possível perceber a pulsação do mundo social.

Para Dejours (1994), ocorreu desapropriação do saber e instalação de controle rígido sobre o trabalhador. Tais mudanças ampliaram o sentimento de insegurança no trabalho, sejam relativas à possibilidade real de emprego, de remuneração justa e de contratação com proteção, o que significa tendência de desregulamentação dos direitos sociais e de flexibilização das relações de trabalho.

Segundo Santos (1999), acerca do imperativo de construção de um novo contrato social,

[...] muito mais inclusivo, porque deve abranger não apenas o homem e os grupos sociais mas também a natureza [...] é mais conflitual, porque a inclusão se dá tanto por critérios de igualdade como por critérios de diferença... não pode confinar-se ao espaço-tempo nacional estatal e deve incluir igualmente os espaços-tempo local, regional e global [...]. (SANTOS, 1999, p. 60).

O processo de trabalho, segundo Mendes-Gonçalves (1992), não se constitui apenas de dispêndio de energia, mas é, em essência, a forma humana de sociabilidade e construção histórica, nas quais as determinações do passado e as possibilidades do futuro estão presentes, inclusive quando se considera o contexto macroestrutural.

2.2 A especificidade do trabalho em saúde

Deve-se levar em conta, quando se analisa o trabalho no setor de Saúde, em especial, a importância da articulação de aspectos objetivos como, por exemplo, aqueles relativos às condições de trabalho e à conjuntura em que o trabalho se desenvolve, e aspectos subjetivos como os desejos e os conflitos inerentes aos sujeitos. É importante ressaltar que os trabalhadores em saúde podem estar envolvidos em ações relativas ao cuidado da saúde dos indivíduos e das populações e/ou desenvolvendo atividades relativas ao apoio diagnóstico e terapêutico, na gestão, na educação e na produção de pesquisa e tecnologia, dentre outros.

A diversidade de possibilidades do trabalho em saúde, conforme exemplos anteriores, coloca os profissionais de saúde diante de diferentes demandas, algumas especialmente complexas ou até mesmo imprevisíveis, o que requer o desenvolvimento de habilidades e a aplicação de conhecimentos, continuamente e a cada contexto, além da valorização da interdependência em relação aos demais trabalhadores e aos próprios usuários, a partir de necessidade de resposta conjunta para distintas exigências. Para Assunção (2003), a relação saúde e trabalho não diz respeito apenas ao adoecimento e ao sofrimento, uma vez que a saúde é construída no trabalho.

Para Machado (1996) as profissões na área de saúde estão alicerçadas no trabalho profissional. A Autora define o significado de profissão como sendo um ofício em que os indivíduos praticam uma atividade em tempo integral e no qual existe uma estrutura organizativa corporativa, com componente vocacional, código de ética, saber específico com orientação para serviço, e alto grau de autonomia no trabalho. No contexto do SUS, somando-se aos problemas gerados pela estrutura organizacional estão, também, as situações trazidas pelo avanço tecnológico na saúde, tanto na estrutura do conhecimento quanto na prática da atividade profissional.

Estudos de Offe (1991) e Pires (1994) favorecem o entendimento do trabalho em saúde como aquele que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho que, no início do século XX, começam a ser reconhecidos e ampliados de forma crescente também no setor de serviços (tempo de execução de tarefas, registro da quantidade de trabalho desempenhado, rotinização, reorganização física de ambientes, normatização administrativa, padronização técnica e outros).

Para Braverman (1981) as camadas médias de empregos incluem trabalhadores especializados como, por exemplo, engenheiros, enfermeiros e técnicos que são submetidos a variadas condições de trabalho e o excedente de mão-de-obra permite não só a diminuição do valor dos salários como a piora das condições de trabalho. A influência taylorista no trabalho em saúde, em especial para os enfermeiros e médicos, pode ser entendida a partir do trecho que segue:

Com relação ao trabalho em saúde podemos destacar algumas das influências tayloristas que contribuíram para o maior parcelamento do mesmo. Inicialmente com o avanço tecnológico crescente, muitas tarefas até então realizadas por médicos foram designadas à enfermagem, acentuando-se a divisão entre o trabalho intelectual (médico) e o trabalho manual (enfermagem). No interior da própria equipe de enfermagem esta questão se alterou, pois a divisão anterior entre as nurses (cuidado direto) e as ladies-nurses (atividades de supervisão, administração e ensino) acentua-se, sendo a equipe cada vez mais estratificada em função da complexidade das tarefas a serem realizadas, da qualificação exigida, da hierarquia e da remuneração. (KANTORSKI, 1997, p. 9).

Tendo em vista que o modelo assistencial de saúde vigente guia-se, também, pela ótica neoliberal, a partir do momento em que esta define, por vezes, as conformações tecnológicas a serem utilizadas e as práticas do mercado a serem estabelecidas, existe uma tendência à adoção de medidas relativas aos recursos humanos que interferem no processo de trabalho e que podem resultar em piores condições para a execução desse. Soma-se, ainda, processo de descentralização e de municipalização das ações de saúde que propicia a ampliação da diversidade das formas de contratação e estruturação da força de trabalho e a indução de políticas públicas em que a execução é assumida pela gestão local.

Assim, Schraiber *et al.* (1999, p. 239) registram que “há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seu processo de trabalho”. Para Machado (1997) o mercado de serviço de saúde contemporâneo constitui-se de vários segmentos que, juntos, acolhem a força de trabalho sob variadas formas de relação. Logo, o mercado de trabalho em saúde do país acontece nas generalidades da reestruturação produtiva e dos mercados, na globalização e nas economias periféricas.

No trabalho em saúde o ato de produção e o de consumo acontecem ao mesmo tempo e, por isso, a relação de satisfação ou insatisfação, diante do resultado do trabalho e a partir da troca relacional que se estabelece, é imediata. Segundo Pires (2000)

o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. (PIRES, 2000, p. 85).

As relações que se dão, nos momentos de cuidado, podem sofrer os impactos da organização do processo de trabalho dos profissionais, da significação do trabalho para os mesmos e, ainda, das condições de trabalho em que acontecem os cuidados em saúde. Assim, para Dejours (1994), o trabalho constitui-se como fator que pode contribuir para o prazer e/ou para o sofrimento, além de permitir um processo criativo ou propiciar adoecimento a partir do contexto em que é realizado.

No processo de trabalho em saúde, como relata Merhy (2002), existe encontro direto entre o agente produtor e o agente consumidor dos atos de cuidado; existe campo de interseção vivenciado por ambos na medida em que a responsabilidade pelo cuidado é compartilhada.

Dessa forma, entende-se que o trabalhador da saúde, por relacionar-se diretamente com a doença, possui campo fértil de atuação, na medida em que se depara, cotidianamente, com perturbações, desequilíbrios e instabilidades que, por sua vez, proporcionam oportunidades de adaptabilidade, inventividade e desenvolvimento, mas que podem produzir, com maior facilidade, situações de adoecimento que são, também, potencializadas pelas costumeiras somatórias de jornadas às quais esses trabalhadores estão, em muitos casos, submetidos. Segundo Volkoff (1993), a permanência no estado de alerta e da capacidade de vigilância por períodos em que os ritmos biológicos predispõem ao repouso, representa custo para o organismo, aumenta as dificuldades e os riscos de erros.

Assim, deve-se compreender que o processo de organização do trabalho em saúde difere daquele realizado em uma linha de produção, onde as partes e os mecanismos são mais conhecidos e previamente determinados, sendo o cuidado realizado através de permanente aproximação e experimentação, independente do foco das ações: prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e recuperação ou reabilitação. No trabalho em saúde existe forte componente de subjetividade, diversidade de demandas e necessidades e variabilidade de recursos disponíveis. Existem, também, aproximações e distanciamentos entre o realizado por cada categoria profissional, o que pode ser percebido através da identificação de maior ou menor proporção de atividades tecnicistas, da maior ou menor utilização de tecnologias e das características dessas e, até mesmo, da existência ou não de objetos concretos de cuidado.

As repercussões das características apresentadas, reconhecidas em ações e expressões regionalizadas e particularizadas no cotidiano do trabalho em saúde, apontam para a necessidade de compreensão e busca de novos caminhos e estratégias para o desenvolvimento das ações em saúde e, em particular, para o favorecimento da atuação dos profissionais que dessas participam, lembrando, como diz Cardoso (1997), que não é possível entender os trabalhadores como um grupo hegemônico, sendo preciso lembrar da singularidade de cada ator social. Como aborda Penna (2007), estudos atuais mostram que o processo de ser saudável e de adoecimento estão relacionados com as questões socioculturais, ambientais, além das biológicas e das interações estabelecidas com o espaço onde vivem. Daí a necessidade de compreender o cotidiano das pessoas.

Considerando o contexto apontado e entendendo que o trabalho no campo da saúde agrega valores para além das relações que unem empregador e trabalhador, na medida em que também abarca a interação entre o profissional de saúde e o sujeito que é cuidado, torna-se fundamental avaliar as transformações decorrentes da reestruturação produtiva no campo da saúde e suas conseqüências diretas sobre o trabalhador. Os efeitos da reestruturação produtiva para os trabalhadores em saúde tomam particular dimensão na medida em que podem afetar, diretamente, outras pessoas.

O trabalho em saúde, uma vez que possui características como a criatividade, a iniciativa, o envolvimento, a articulação entre saberes, o trabalho em equipe, e a flexibilidade, dentre outras, e por ser realizado em determinado território e espaço com características e por pessoas distintas, deve ser analisado e compreendido a partir de aspectos como os apresentados anteriormente.

No cotidiano do trabalho em saúde, ainda que existam políticas e programas que visam à melhoria das relações e das condições de trabalho, como a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde; o que se percebe, além da fragilidade dos vínculos trabalhistas, são as jornadas ampliadas de trabalho, a falta de recursos para a realização de diferentes atividades, a fragmentação e a burocratização do processo de trabalho, dentre outros.

Nesse contexto, torna-se necessário perceber as evoluções atuais na organização do trabalho, no que diz respeito às relações contratuais estabelecidas, à garantia ou não de direitos, às condições de trabalho, à condição estabelecida pelo mercado na oferta e na procura de emprego, às relações de poder, às questões das responsabilidades, ao conteúdo das tarefas e muitas outras questões.

Em tempos de precarização do trabalho, de terceirização de mão-de-obra e de informalidade nas relações contratuais, torna-se preponderante analisar a situação dos profissionais da saúde, principalmente no que diz respeito às condições de trabalho dos mesmos, ainda que muitas questões relativas à organização do processo de trabalho perpassem o contexto de realização do trabalho.

O conceito de condição de trabalho, para fins de definição nesta pesquisa, está relacionado ao conceito de trabalho decente, criado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em que são abordados: trabalho adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna, segundo os padrões de cada sociedade.

O Ministério da Saúde assume, atualmente, que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade relativa ao direito administrativo e ao direito do trabalho, o que leva à valorização da proteção social do trabalho, ainda que outros aspectos, relativos à flexibilização do trabalho ou do emprego tenham que ser considerados. Conforme Dejourn (1987), por exemplo, condição de trabalho relaciona-se ao ambiente físico (temperatura, barulho, etc.), químico (vapores, poeiras, fumaças), biológico (microorganismos), às condições de higiene, de segurança e às características antropométricas do posto de trabalho.

O sentido atribuído a trabalho precário, diante do mencionado anteriormente, merece ser esclarecido, principalmente quando considera-se a inexistência de consensos para conceituação do termo entre os atores dos sistemas de saúde. Assim, é preciso considerar a ausência de direitos de proteção social, a instabilidade do vínculo e a vulnerabilidade social diante das condições de trabalho. Segundo Brito (2000), a precarização pode estar relacionada às condições de trabalho, no que se refere à perda de direitos sociais e à prevenção de riscos.

O trabalho em saúde, além de capilarizado, possui processo de trabalho denso e complexo, o que resulta, por vezes, na ineficiência de controle das condições do exercício do trabalho e na existência de situações de trabalho em condições precárias. A ausência de direitos e benefícios, dentre outros, em uma área considerada essencial, pode ocasionar desmotivação, ampliação da rotatividade dos trabalhadores, redução da qualidade e descontinuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população.

Tais problemas têm sido abordados em diferentes fóruns de discussão relativos à saúde, ainda que a ênfase seja dada às propostas de mudança nas formas de contratação de profissionais e não nas condições de trabalho dos mesmos, o que parece ser o sentido das

preocupações atuais, somada à qualificação dos profissionais para o desenvolvimento do cuidado e à desigual distribuição dos mesmos pelos municípios do país.

A situação da regulação do trabalho em saúde, por exemplo, tem sido abordada como crítica, uma vez que existe a necessidade de atualização das funções frente às conquistas técnico-científicas e ao surgimento de novas profissões e ocupações, e diante da relevância pública das ações e dos serviços de saúde, o que significa submeter as ações de regulamentação, fiscalização e controle ao interesse social, inclusive dos trabalhadores, diante de desarticulação entre o bem público da saúde e aqueles profissionais que a produzem.

No ano de 2004, na ocasião da celebração dos 10 anos do Programa de Saúde da Família, foram registrados pela revista RADIS/23, avanços relativos à adoção do Programa como organizador da Atenção Básica e como porta de entrada do SUS em muitos municípios, dentre outros pontos positivos. Foram constatados, entretanto, aspectos a serem melhorados para a execução plena da Saúde da Família. Os pontos destacados foram: necessidade de “desprecarização” do trabalho, formação profissional adequada e institucionalização da avaliação e do monitoramento.

Desde esta época a residência em Saúde da Família era defendida, sendo sua ampliação e legalização fundamentais para a formação dos profissionais que atuam no PSF. Quanto à precarização do trabalho, os debates apontavam para a regulamentação dos vínculos de trabalho e, também, para a melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde, além da redefinição da dinâmica do trabalho das equipes de Saúde da Família.

Em 2005, na ocasião da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou Documento Base visando registrar e aprofundar as discussões acerca da saúde do trabalhador. Em diferentes eixos temáticos o documento aborda aspectos relativos à saúde do trabalhador, contextualizando a temática, e registra propostas para a proteção da vida e da saúde dos trabalhadores, enfatizando a integração dessa com o preconizado pelo SUS no que diz respeito às ações que vão desde a promoção até a reabilitação.

Dentre as propostas gerais estava a redução da monetarização dos riscos, evitando condições insalubres de trabalho, eixo que se aplica ao abordado nesta pesquisa, ainda que não exista, no referido documento, detalhamento sobre a questão. As ações de Saúde do Trabalhador em andamento, segundo o Ministério da Saúde, são viabilizadas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e pelas diretrizes para os serviços do SUS. Nesta última é registrado, dentre outras, o desenvolvimento e a capacitação dos recursos humanos.

A criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, em 2003, em que gestores das três esferas de governo e lideranças trabalhistas analisam e debatem alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS, e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS são, também, iniciativas importantes, na medida em que o trabalho precário tem sido identificado como obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde.

O histórico das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador aponta para os seguintes desafios essenciais: condições dignas de vida, pleno emprego, trabalho estável e bem-remunerado, oportunidade de lazer, organização livre, autônoma e representativa de classe, informação sobre todos os dados que digam respeito à vida/saúde/trabalho, acesso a serviços de saúde, efetiva participação em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe e recusa ao trabalho sob condições que desconsiderem os direitos.

Para Gomez e Lacaz (2005), entretanto, mudanças ocorridas nos processos produtivos e nas relações sociais nos últimos 20 anos constituem verdadeira crise sistêmica, atingindo trabalhadores, seus órgãos de representação, as políticas públicas trabalhistas e as propostas formuladas, que resultavam em atuações fragmentadas, superpostas e com conflitos de competências, ainda que seja necessário reconhecer as tentativas de formulação de propostas ministeriais, dentre outras.

2.3 Contribuições Acadêmicas

A situação apresentada remete à busca por diferentes contribuições acadêmicas relativas à articulação das temáticas saúde e trabalho. O que se percebe é a tendência de aumento das produções nas últimas décadas, em especial nos anos 90, possivelmente quando estudos voltados para a questão trabalho-saúde ganharam maior visibilidade, diante da amplitude de serviços e de novas práticas assistenciais e de gestão.

De forma geral, os estudos existentes, ainda que abordem diferentes questões, apontam para a importância dos estudos relativos à saúde e ao trabalho, na medida em que vem crescendo o número de postos de trabalho no setor saúde, dentre outros. Para Gomez e Lacaz (2005), o diagnóstico inicial da produção científica aponta para o recolhimento da reflexão e do empenho individual e coletivo para construir referenciais e instrumentos que deem conta da totalidade heterogênea que configura o universo dos trabalhadores brasileiros. Ainda,

segundo Gomez e Lacaz (2005), apenas em anos recentes vêm emergindo estudos do setor de serviços, ampliando-se os tipos de ocupações pesquisadas e questões derivadas da organização do trabalho e dos profissionais da área de saúde, em particular enfermeiros, além de ser objeto de trabalhos a saúde mental dos trabalhadores.

Segundo Wunsch Filho (2004), mesmo reconhecendo o crescimento do número de publicações, estima-se que a produção brasileira represente menos de 1% dos artigos científicos divulgados com enfoque nas relações entre trabalho e saúde. Outra questão importante refere-se aos problemas abordados que, em sua maioria, são relativos aos trabalhadores das indústrias e à medicina do trabalho.

Levantamento realizado por Mendes (2003) indica o predomínio da construção do conhecimento fragmentado, disperso e unidisciplinar, resultante de pesquisas e análises desenvolvidas com abordagens próprias de cada disciplina, o que remete à importância do diálogo proposto nesta pesquisa entre as ciências sociais e as da saúde. É ponderada, também, a importância de estudos qualitativos, diante da priorização de metas quantitativas.

Ainda que as considerações anteriores apontem para a escassez de produção de estudos científicos diretamente relacionados à temática proposta, é possível agregar contribuições importantes ao objeto de estudo. Assim, reflexões sobre os fundamentos teóricos e práticos que influenciam o campo da saúde do trabalhador, em especial, poderão favorecer a articulação trabalho-saúde e a elucidação das questões que emergirem nesta e em outras pesquisas.

Um exemplo da proposição citada é a abordagem relativa à adequação do trabalhador ao perfil do mercado, apresentada em estudos que propõem a reflexão acerca do percurso e dos desafios no cenário do trabalho. Desta forma, o trecho que segue, ressalta temática que não pode ser desprezada nas discussões que se derem, devendo ser considerada pano de fundo da discussão proposta nesta pesquisa:

A maior repercussão da política de reconversão industrial, não obstante, diz respeito aos destinos da força de trabalho, à sua redução seletiva e reacomodação espúria, por meio de novos padrões de terceirização e subcontratação, à precarização do trabalho e à progressiva exclusão, do mercado formal, de trabalhadores cujo perfil não se ajuste às recentes imposições ou cujos corpos estão precocemente lesados. Esse contingente de trabalhadores desprotegidos, ignorados pelas empresas, em constante rotação, sem direito à assistência e ao controle de sua saúde ou sem reconhecimento da condição de cidadão-trabalhador doente, representa um dos grandes desafios para a investigação e intervenção no âmbito da Saúde do Trabalhador. (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 30).

A qualidade de vida no trabalho, objeto de alguns estudos identificados, também é questão que dialoga com o tema proposto nesta pesquisa, na medida em que esta aparece correlacionada às mudanças na organização do trabalho. Assim, como no estudo realizado por Lacaz (1997), se propõe a discussão da qualidade de vida no trabalho a partir da vertente que prioriza as condições, ambientes, organização do trabalho e tecnologias.

Tal preocupação é registrada também por Mendes (1988), quando aborda que o Programa Internacional para Melhoramento das Condições de Trabalho (PIACT) já propunha uma estratégia de intervenção sobre o processo de trabalho, ou seja, a carga de trabalho, a duração da jornada, a organização e o conteúdo do trabalho e a escolha da tecnologia, dentre outras.

Estudos relativos à organização do processo produtivo, como o de Friedrich e Pieranton (2006), agregam percepções importantes ao objeto de estudo proposto, na medida em que tangenciam discussões relativas à divisão do trabalho e à dimensão econômica, na abordagem, em particular, dos vínculos de trabalho e das formas de remuneração. Assim, o trecho que segue aponta resultados obtidos em estudo de caso realizado na cidade de Juiz de Fora – MG, o que pode ser ponto de partida para a análise do ocorrido em Belo Horizonte, a partir da coleta de dados proposta:

Observou-se que os vínculos existentes se enquadram no regime celetista, pela Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC), e de estatutário, com a Prefeitura de Juiz de Fora. Além desses há, entre os componentes das equipes de Saúde da Família, trabalhadores que foram municipalizados e cujo vínculo de origem é com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. [...] Comentar sobre a remuneração da equipe, naquele momento, foi um tanto complicado para os trabalhadores. [...] As diferenças salariais ocasionam conflitos entre as categorias que pertencem à Saúde da Família, criando obstáculos para o desenvolvimento adequado do trabalho. (FRIEDRICH; PIERANTON, 2006, p. 91).

Estudos como o de Gómez e Thedim-Costa (1999), que abordam a precarização do trabalho devido às transformações do modelo econômico decorrentes da reestruturação produtiva, da integração dos mercados financeiros, da desregulamentação e abertura dos mercados, dentre outros, apontam, em geral, para a ampliação de incertezas e novas tensões, instabilidade e precariedade dos vínculos laborais. Esse quadro é agravado quando se somam a ele a ausência de mecanismos de proteção social e a desestruturação de identidades em torno do trabalho.

Outra questão importante, também apontada por Gomez e Thedim-Costa (1999), é a abordagem da violência como resultante das diversas formas de exclusão social que resultam

em desagregação e em individualismo crescente. A violência reflete a impossibilidade de estruturação da relação de troca. Ainda que estes aspectos sejam relacionados, em geral, à dimensão ampliada da violência, parece ser possível associá-la, também, ao cotidiano dos serviços de saúde.

Outros achados da literatura tratam da articulação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida e assim, como em Elias e Navarro (2006), demonstram a ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocado pelas condições laborais, com reflexos nas condições de vida. Tal dimensão pode ser associada à pesquisa realizada na medida em que grande parte dos trabalhadores pesquisados relatou a presença de sintomas, ainda que esses não estivessem ligados, necessariamente, ao trabalho. De qualquer forma, as condições de trabalho e as situações de vida podem potencializar o adoecimento dos trabalhadores.

Cabe ressaltar, assim como sinaliza Gomez e Thedim-Costa (1997), que as doenças originadas do trabalho são, em geral, percebidas em estágios avançados, inclusive porque muitas pessoas apresentam sintomas iniciais comuns a outras patologias tornando-se difícil identificar os processos que a geraram.

Resultado de pesquisa realizada por Martinez *et al.* (2004), em uma empresa de autogestão de planos de previdência privada e de saúde em São Paulo, aborda a qualidade de vida no trabalho, em especial a dimensão da satisfação no trabalho. Assim, diretrizes e mudanças na concepção e organização do trabalho são apresentadas e compreendem, dentre outras: a capacidade para o trabalho, as condições físicas do ambiente de trabalho, as mudanças na organização do trabalho e a valorização e o reconhecimento dos trabalhadores.

Registrou-se, ainda, que transformações na organização do trabalho médico no Brasil, como abordam Sobrinho, Carvalho e Nascimento (2004), apontam para a ampliação do ritmo de trabalho, jornadas prolongadas e ampliação das especificidades do trabalho médico. Essas transformações repercutem na prática e no saber da medicina que, de um modelo artesanal, de controle individualizado da própria força do trabalho, assumem elementos estruturais da racionalidade científica: mecanicismo, individualismo, biologicismo e outros.

Estudos como os realizados por Bertoncini (2000), Costa *et al.* (2000) e Souza (2000) têm divulgado as condições de trabalho em que as equipes estão inseridas, destacando-se as formas de contrato, a disponibilidade de profissionais, a infraestrutura física e material. Os autores registram a insuficiência de profissionais com o perfil necessário ao PSF, heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde, estando algumas inadequadas e em situação precária, sobrecarga de atendimento, diferentes estilos de gestão das equipes, além de

outras dificuldades. Tais condições de trabalho produzem, segundo Bertoncini (2000), alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança e baixa autoestima.

Muitas das dimensões apresentadas pelos diferentes estudos, ainda que com profundidade diferente, foram abordadas na pesquisa proposta com o objetivo de identificar novas associações entre trabalho e saúde ou reforçar entendimentos existentes e, ainda, possibilitar a articulação do trabalho às características territoriais em que é desenvolvido e às categorias profissionais que o realizam, tendo em vista que as circunstâncias variadas do trabalho, segundo Telles (2006), redefinem tempos e espaços, sentidos e lugares da experiência social que seguem, assim como na experiência urbana, os circuitos dos territórios de precariedade, uma vez que entre os artefatos da cidade global e as políticas de inserção social está um emaranhado social que precisa ser conhecido.

Ainda, segundo a autora, talvez seja necessário ressituar o trabalho no mundo social a partir dos vetores horizontalizados de relações que articulam trabalho, cidade e seus espaços, outros agenciamentos sociais e também outros eixos em torno dos quais desigualdades, controles e dominação se processam, afetam formas e sentidos da vida. Para além das abordagens sobre fragmentação urbana e dualização social, torna-se necessário evidenciar os diferentes circuitos do mercado de trabalho, onde se realiza a experiência da cidade tensionada entre as desigualdades e os encantos do cotidiano do trabalho, em um jogo de possibilidades e bloqueios para o acesso à vida urbana ampliada.

O que se espera, a partir da percepção de que a distribuição e a conformação dos equipamentos de consumo e do mercado de trabalho em saúde são atravessadas pela globalização do capital e pelos artefatos urbanos, é evidenciar que no espaço da cidade existem distintas realidades de trabalho, ainda que seja observado, unicamente, um determinado objeto de análise.

3 CONDIÇÃO DE TRABALHO: O CASO DE BELO HORIZONTE

Com a finalidade de explicitar o referencial metodológico utilizado na pesquisa, torna-se importante destacar a necessidade de valorização da percepção dos próprios profissionais acerca das experiências vividas no cotidiano dos serviços de saúde, relativas às condições de trabalho, como diz Penna (2007), quando enfatiza a importância de entender a vida cotidiana onde o homem se situa, construindo suas experiências, vivenciando suas preocupações e angústias, no espaço – tempo presente culturalmente determinado – onde se estabelece o processo de viver humano, no qual o homem, inclusive, trabalha e mantém relações sociais.

Identificar as condições em que a atividade de trabalho é desenvolvida constitui o propósito da abordagem. O acesso direto, no momento da coleta de dados, aos profissionais de saúde, na medida em que esses estão inseridos nos ambientes de trabalho, possibilita a expressão temporal das desigualdades vivenciadas no campo do trabalho e, por conseguinte, a aproximação de estratégias específicas para o enfrentamento dos problemas.

O estudo de caso, que segundo Minayo (2006) considera o contexto histórico e situacional da realidade a ser estudada sem desconsiderar a individualidade e as particularidades, foi a opção utilizada nesta pesquisa.

Segundo Yin (2005) utiliza-se o estudo de caso para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados, inclusive mudanças em regiões urbanas. Segundo o autor, a adoção do estudo de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação que preserva as características holísticas e significativas da vida real.

Para Triviños (1987) a unidade do estudo de caso pode ser um indivíduo, um setor, um serviço ou mesmo uma estrutura mais complexa. Na realidade desta pesquisa, a unidade de estudo foi definida pelos serviços de saúde organizados através da estratégia de Saúde da Família, na cidade de Belo Horizonte, segundo tipo de risco; e os sujeitos do estudo foram os enfermeiros e os médicos das equipes de Saúde da Família.

Nogueira (1986) considera a existência de duas formas de abordagem das questões que envolvem os profissionais que atuam no setor saúde: a primeira relaciona-se à percepção desses como força de trabalho e a segunda como recursos humanos. Assim, nesta pesquisa, o objetivo é associação de percepções que possibilitem alguma aproximação da economia uma vez que força de trabalho associa-se, mais diretamente, à economia política (produção,

emprego, renda, divisão do trabalho e outros), e, ainda, da administração, o que possibilita a análise gerencial ou de planejamento, seja no âmbito micro ou macroinstitucional, o que significa contribuir para a produção e o aprimoramento de recursos, da capacidade e da condição de trabalho.

Diante disso, segundo Barros *et al.* (1991), os problemas do cenário de saúde no Brasil não são recentes nem resultam de determinações inerentes ao setor. Os problemas têm raízes na estrutura socioeconômica e política do país, pela adoção de políticas setoriais que privilegiam a dicotomia histórica entre ações individuais e ações coletivas e a discriminação de serviços à população em função da importância dessa para o econômico, por exemplo.

Os autores consideram, ainda, que os problemas enfrentados pela força de trabalho em saúde são: a jornada de trabalho diferenciada e desigual, a falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos, os baixos salários, a polarização nas categorias majoritárias de médicos, pessoal sem formação específica, e a sobrecarga de trabalho para alguns profissionais, dentre outros; o que torna a análise de Barros *et al.* (1991), realizada anteriormente, atual quando se constata a realidade, e agravada quando se observa a tendência de fragilização dos vínculos empregatícios e as estratégias de multiemprego por parte dos profissionais, dentre outras situações vivenciadas no momento. Dessa forma, indica-se, desde já, para a percepção de que a condição de trabalho é caracterizada por fatores que extrapolam aspectos como a remuneração e/ou a forma contratual.

A proposta vai ao encontro, ainda, do abordado por Gomez e Thedim-Costa (1997), de que é necessário perceber as mudanças que afetam o campo das políticas públicas e do trabalho no mundo atual, partindo-se do pressuposto de que os fenômenos não podem ser repelidos e demonizados, mas, ao contrário, exigem uma prática de desvelamento. Dessa maneira são reforçadas as teorias relativas à centralidade do trabalho, apesar das mudanças processadas em torno do mesmo, onde o relevante é analisar as transformações no trabalho sob o ângulo de suas implicações sociais.

A coleta de dados da pesquisa durou, aproximadamente, quatro meses, sendo iniciada em agosto de 2007, após autorização dos Comitês de Ética da PUC – Minas e da Secretaria Municipal de Saúde e realização de pré-teste com profissionais enfermeiros e médicos, com experiência no Programa de Saúde da Família, não inseridos no PSF de Belo Horizonte.

O levantamento de dados partiu do contato exploratório com as Regionais Administrativas de Belo Horizonte. A proposta inicial da pesquisa era realizar contato com os gerentes de cada serviço, mas as primeiras tentativas demonstraram que havia outro fluxo a ser seguido, devendo os gerentes estarem previamente autorizados pelas Regionais

Administrativas para receberem a pesquisadora. De forma geral, ainda que existisse autorização do Comitê de Ética para realização da pesquisa, foi necessário fluxo burocrático intenso que demandou a reformulação das estratégias de contato, bem como a disponibilização de tempo para vencer os obstáculos apresentados.

Os contatos que ocorreram demonstraram as diferentes formas de trabalho nas Regionais, pois o processo de viabilização da pesquisa, em particular o agendamento das visitas e a forma de organização da coleta de dados nos serviços de saúde, aconteceu com variabilidade. Algumas Regionais, mediante apresentação da proposta, solicitaram a realização de reunião em que seria apresentado o projeto de pesquisa. Outras agendaram reuniões com os gerentes dos serviços de saúde a serem pesquisados, de forma que a proposta pudesse ser repassada, anteriormente ao momento de coleta de dados, aos profissionais dos serviços, pelos gerentes. Existiram Regionais em que se definiu pelo contato direto com os serviços de saúde, na figura dos gerentes desses, e, ainda, aquelas onde o contato foi bastante complexo em função do número de pessoas envolvidas na autorização e do espaço de tempo para o retorno final sobre a proposta.

A coleta de dados foi realizada nas Regionais Administrativas: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Norte, Noroeste, Oeste, Pampulha e Venda Nova. A divisão das Regionais Administrativas de Belo Horizonte, conforme registros disponibilizados no Portal da Prefeitura de Belo Horizonte, é semelhante àquela dos Distritos Sanitários da cidade. Por esse motivo, as características socioeconômicas entre as duas formas de divisão territoriais também são similares. A divisão distrital em regiões sanitárias, entretanto, obedece às diretrizes do Sistema Único de Saúde que preconizam a descentralização da assistência à saúde e a hierarquização das ações em saúde, dentre outras. Esse tipo de divisão sanitária do território evidencia questões importantes, em especial no que diz respeito à saúde em cada distrito; e outras que permeiam todas as Regionais como, por exemplo, situações mais amplas, relacionadas à vulnerabilidade social. Entre os problemas comuns aos distritos sanitários destaca-se a aglomeração da população em áreas favelizadas com pouca ou nenhuma estrutura urbana, formando guetos de alta vulnerabilidade social.

O Distrito Sanitário Barreiro faz divisa com os municípios de Contagem, Brumadinho, Ibirité e Nova Lima. É composto de 80 bairros com cerca de 270 mil habitantes. Possui 28 unidades sanitárias, sendo 20 centros de saúde, unidade de pronto atendimento, Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Convivência, Centro de Referência à Infância e Adolescência (CRIA), Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), além da Farmácia Popular do Barreiro. Um problema evidente neste Distrito é a

absorção da demanda à saúde dos municípios vizinhos, principalmente no que diz respeito à urgência e emergência.

Esta situação também está presente no Distrito Venda Nova, que se tornou referência informal em saúde, sem recursos próprios para financiar o atendimento intermunicipal para os municípios de Santa Luzia, Vespasiano, Pedro Leopoldo e, principalmente, Ribeirão das Neves. Tanto para Venda Nova quanto para o Barreiro, o referenciamento informal para outros municípios sobrecarrega o sistema local em saúde, provocando superlotação, principalmente nos serviços de emergência.

O Distrito Sanitário Centro Sul é referência em atendimento terciário para as outras Regionais de Belo Horizonte e para todo o Estado de Minas Gerais. A explicação para essa referência é a alta concentração de hospitais em seu território, tendo em vista que a “região hospitalar” do município se localiza nessa Regional. A região Centro Sul, juntamente com as Regionais Oeste e Nordeste, apresentam grande desigualdade social, apresentando bairros de classe média a alta e importantes favelas da cidade de Belo Horizonte. Para o sistema de saúde, a disparidade social representa um esforço adicional na construção de políticas que sejam, ao mesmo tempo, igualitárias e equitárias, considerando a universalidade do acesso à saúde, por exemplo.

A Regional Leste é a que apresenta maior área de risco geológico, normalmente associado às favelas, abarcando, aproximadamente, 30% da área total de favelas da cidade. Também apresenta disparidade social, porém em menor proporção do que a encontrada nas Regionais Centro Sul, Oeste e Nordeste.

O hospital municipal se localiza no Distrito Sanitário Noroeste e a região também apresenta importantes aglomerados populacionais representados pela Pedreira Prado Lopes e a Vila São José. É a Regional que apresenta maior densidade populacional, contrastando com a sua região de divisa, a Regional Pampulha, com baixa densidade populacional e com vulnerabilidade social menor.

A Regional mais recente é a Norte, criada em 1985. Ela é a que apresenta o maior número de domicílios residenciais de baixa renda, criados, em sua maioria, pelo setor público, através de conjuntos habitacionais.

Para a realização da pesquisa, os serviços de saúde alvos do estudo, distribuídos nas Regionais anteriormente caracterizadas, foram visitados segundo a disponibilidade de agenda dos gerentes e dos profissionais, sendo que os horários com maior demanda de atendimento foram, em geral, evitados. Ainda assim, foi comum encontrar serviços em que o número de pessoas era bastante grande e o processo de trabalho intenso. Por diversas vezes foi preciso esperar por momento de maior tranquilidade no atendimento para realização da pesquisa.

Em algumas situações foi possível apresentar a proposta da pesquisa de forma coletiva, para o grupo de enfermeiros e médicos do PSF, mas, na maioria das vezes, ocorreu apresentação individual, atendendo a disponibilidade ora de um, ora de outro profissional do serviço, entre consultas e atendimentos diversos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para leitura e assinatura (APÊNDICE A), antes do preenchimento de questionário, utilizado como instrumento de coleta de dados da pesquisa (APÊNDICE B).

Cabe ressaltar que a atuação gerencial na organização da coleta de dados não facilitou, na maioria das situações, o processo. Não foram poucas as vezes em que os profissionais não haviam sido comunicados da visita ou que não dispunham de tempo para participar da pesquisa, apesar da prévia pactuação e agendamento. Tal situação, ainda que possa ser episódio pontual, ressalta a importância de organização e pactuação entre o nível central e as “pontas” do processo de realização de pesquisas e outros estudos, na medida em que esses devem ser entendidos como oportunidade de aprimoramento da gestão, dentre outros.

A coleta de dados, em praticamente todas as oportunidades, foi realizada na presença da pesquisadora, em visita aos serviços, sendo possível esclarecer dúvidas. O retorno dos questionários se deu imediatamente após o preenchimento desses, no término da apresentação da proposta da pesquisa. Em algumas situações, entretanto, diante do volume de atendimentos dos profissionais ou por solicitação da gerência, a proposta da pesquisa foi apresentada e os questionários entregues, sendo o retorno organizado para o final do dia ou, no máximo, para o dia seguinte, sendo, então, recolhidos pela pesquisadora.

Em duas situações foi utilizado o Sistema de Envio e Recebimento de Correspondência (correio) para a remessa de questionários. Na primeira, por solicitação do gerente, o correio foi utilizado para o encaminhamento dos formulários para o serviço de saúde, após pactuação do processo de coleta e da tomada de medidas preventivas relativas ao sigilo das informações. Na segunda situação, o correio foi utilizado para o retorno dos questionários para a pesquisadora, diante de dificuldades vivenciadas no agendamento da coleta de dados junto à gerência do serviço. Ainda que a metodologia pareça ampliar a possibilidade de cobertura na coleta de dados, o método não foi avaliado como viável pela demora no retorno dos questionários, sendo necessários contatos diversos com o serviço para devolução dos formulários, e diante da necessidade de aplicação de medidas de segurança como, por exemplo, utilização de envelopes individuais lacrados com a finalidade de garantia do sigilo das informações e segurança dos profissionais.

Sobre a participação dos profissionais é possível registrar, de forma geral, a satisfação dos mesmos diante do tema a ser estudado e a expectativa pelo retorno da pesquisa e por melhorias nas condições de trabalho. Foram poucas as situações em que os profissionais se recusaram a participar. Existiram, entretanto, situações em que o profissional, diante do

volume de atendimentos, não pôde responder ao questionário, ainda que manifestasse o interesse pela pesquisa. Nestes casos ocorreu, ainda que de forma informal, manifestação acerca das condições de trabalho, em especial relativas ao volume e à intensidade do trabalho. Em algumas visitas, após o preenchimento do questionário, iniciou-se conversa informal sobre o tema.

Os serviços estudados foram selecionados considerando-se a representatividade populacional, por tipo de risco, nas Regionais Administrativas da Prefeitura de Belo Horizonte a partir de critérios de classificação utilizados pela gestão municipal que identifica o tipo de população sob responsabilidade de cada serviço - Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Esse Índice aponta áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, dentre outros, favorecendo a proposição de ações intersetoriais. Assim, a partir da utilização de indicadores compostos (QUADRO 1), são determinadas categorias segundo critério de risco que foram utilizados, nesta pesquisa, como referência para a escolha de serviços de saúde a serem pesquisados.

| Fonte de Informação | Peso | Indicadores - Descrição |
|---------------------|------------|---|
| Saneamento | 0,50 | 1- Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente |
| | 1,00 | 2- Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente |
| | 0,50 | 3- Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente |
| | Total=2,00 | |
| Habilitação | 0,75 | 4- Percentual de domicílios improvisados no setor censitário |
| | 0,25 | 5- Razão de moradores por domicílio |
| | Total=1,00 | |
| Educação | 1,50 | 6- Percentual de pessoas analfabetas |
| | 0,50 | 7- Percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo |
| | Total=2,00 | |
| Renda | 0,50 | 8- Percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos |
| | 1,50 | 9- Renda média do chefe de família (invertida) |
| | Total=2,00 | |
| Sociais/Saúde | 0,25 | 10- Coeficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos |
| | 1,50 | 11- Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade |
| | 0,25 | 12- Coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade |
| | 1,00 | 13- Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos |
| | Total=3,00 | |

QUADRO 1: Indicador Índices de Vulnerabilidade à Saúde

Fonte: Nota Técnica Sus – BH/2007.

Após o cálculo do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, os setores foram classificados, pela gestão municipal de saúde, a partir do seguinte conjunto de características: risco baixo (setores com valores inferiores ao médio), risco médio (setores censitários que tinham valores do Índice de Vulnerabilidade à Saúde com ½ desvio padrão em torno da média), risco elevado (setores com valores acima do risco médio até o limite de 1 desvio padrão) e risco muito elevado (setores com valores acima do risco elevado). As informações apresentadas anteriormente permitiram a distribuição da população da cidade de Belo Horizonte, segundo o Índice de Vulnerabilidade à Saúde e Regional Administrativa, conforme apresentação na TABELA 1:

TABELA 1
População de Belo Horizonte, segundo risco de
Vulnerabilidade à Saúde, por Regionais Administrativas

| Regional | Risco muito elevado | Risco elevado | Risco médio | Risco baixo | Total |
|--------------|---------------------|---------------|----------------|----------------|------------------|
| Barreiro | 18.593 | 102.851 | 134.933 | 5.817 | 262.194 |
| Centro-sul | 31.473 | 26.756 | 6.943 | 200.831 | 266.003 |
| Leste | 18.121 | 47.658 | 89.510 | 93.805 | 249.094 |
| Nordeste | 15.065 | 79.677 | 125.968 | 53.350 | 274.060 |
| Noroeste | 17.567 | 54.096 | 169.249 | 96.439 | 337.351 |
| Norte | 16.829 | 85.834 | 83.863 | 7.238 | 193.764 |
| Oeste | 16.654 | 81.451 | 76.481 | 94.112 | 268.698 |
| Pampulha | 8.037 | 23.513 | 42.957 | 68.095 | 142.602 |
| Venda Nova | 15.558 | 101.764 | 119.707 | 7.573 | 244.566 |
| TOTAL | 157.897 | 60.360 | 846.641 | 627.224 | 2.238.332 |

Fonte: Censo Populacional IBGE - 2000

Gerência de epidemiologia e Informação - SMSA/SUS/BH

Dessa forma, em uma mesma regional administrativa, foram escolhidos 4 serviços de saúde que se caracterizavam, de forma mais expressiva, por populações de risco muito elevado, elevado, médio e baixo. A seleção proposta buscou atender, além da representatividade na cidade, a diversidade de situações existentes nas Regionais Administrativas, propiciando a percepção e a identificação de diferentes situações em distintas Regionais.

Alguns serviços previamente escolhidos foram alterados diante de informações como a inexistência de PSF no centro de saúde ou, ainda, por características particulares dos serviços como, por exemplo, ênfase em atendimento de população de rua, o que poderia comprometer a comparação realizada entre os serviços, diante de características peculiares da população alvo. Outros serviços mudaram de nome e tiveram apenas os registros atualizados. Assim, a

planilha com a identificação dos serviços foi reorganizada (APÊNDICE C). Dos 36 centros de saúde, alvos da pesquisa, foram concluídos 35. Em um dos serviços, apesar de diferentes tentativas de agendamento, não foi possível realizar a coleta de dados. Foram 154 profissionais que participaram da pesquisa. Os dados obtidos nos questionários foram registrados por digitador em banco de dados construído especificamente para a pesquisa através do Aplicativo Microsoft Office Access, 2003, sendo que é possível a organização de relatórios a partir dos eixos propostos e, também, em perspectiva geral. A tabela que segue registra o panorama geral da coleta proposta e daquela efetivamente realizada. O número de equipes disponíveis para a pesquisa representa a quantidade de equipes existentes no centro de saúde, seja com quadro de profissionais completo ou não. O número de profissionais disponíveis para a pesquisa representa o quantitativo de profissionais presentes no momento da coleta, excluindo-se aqueles em férias, licença saúde, folga e outros.

TABELA 2
Panorama geral da coleta de dados nas Regionais Administrativas de Belo Horizonte

| REGIONAL | NÚMERO DE EQUIPES DISPONÍVEIS PARA A PESQUISA | NÚMERO DE EQUIPES INCOMPLETAS | NÚMERO DE PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS PARA A PESQUISA | NÚMERO DE PROFISSIONAIS EM LICENÇA SAÚDE, FÉRIAS E OUTROS | NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE RECUSARAM PARTICIPAR DA PESQUISA | NÚMERO DE QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS E % DE COLETA REALIZADA |
|--------------|---|-------------------------------|---|---|--|---|
| NORTE | 15 | 01 | 29 | 10 | 0 | 19 / 65,5% |
| OESTE | 13 | 0 | 26 | 12 | 0 | 14 / 54% |
| NOROESTE | 18 | 02 | 34 | 14 | 0 | 20 / 58,8% |
| CENTRO SUL | 09 | 02 | 16 | 03 | 02 | 11 / 68,8% |
| LESTE | 15 | 0 | 30 | 04 | 02 | 24 / 80% |
| PAMPULHA | 12 | 01 | 23 | 06 | 0 | 17 / 73,9% |
| BARREIRO | 15 | 03 | 27 | 05 | 0 | 22 / 81,5% |
| NORDESTE | 12 | 01 | 23 | 09 | 01 | 09 / 39,1% |
| VENDA NOVA | 21 | 04 | 38 | 19 | 01 | 18 / 47,4% |
| TOTAL | 130 | 14 | 246 | 82 | 06 | 154 / 62,6% |

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

OBS: Em um centro de saúde da Regional Nordeste não foi possível a realização da coleta de dados.

Dois grandes eixos perpassam o conjunto de informações obtidas e são os principais aspectos a serem considerados para a análise dos resultados encontrados. O primeiro eixo

refere-se ao tipo de risco dos centros de saúde pesquisados, conforme registros realizados, anteriormente; e o segundo, à categoria profissional (enfermeiros e médicos).

A utilização dos referidos eixos objetivou identificar se a caracterização dos serviços, segundo risco (baixo, médio, elevado e muito elevado), desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde, influencia a condição de trabalho dos profissionais de Saúde da Família e, ainda, se existiam variações, dessa natureza, segundo a categoria profissional (enfermeiro e médico).

Cabe registrar que as categorias foram escolhidas, tendo em vista limitações operacionais para realização do estudo com todos os integrantes da equipe do PSF e, principalmente, por ser maior a viabilidade de estabelecimento de análises comparativas, uma vez que ambas são categorias profissionais com curso superior e compõem a equipe em uma mesma proporção, dentre outros fatores.

As informações foram organizadas, para fins de registro na pesquisa, em grandes temas, a saber: características gerais, formação, história profissional e relações trabalhistas, fatores estruturais, relações com a equipe e com a comunidade, “carga” de trabalho, autonomia e satisfação no trabalho e fatores externos. A totalidade das informações foi extraída do conjunto de respostas obtidas a partir do questionário utilizado para a coleta de dados e objetiva a visualização da condição de trabalho dos enfermeiros e médicos a partir de diferentes olhares sobre o trabalho.

É importante ressaltar que não foram utilizadas todas as respostas obtidas e nem todos os dados possíveis a partir do instrumento de coleta de dados, diante das diferentes possibilidades e complexidade desse. A partir da consolidação das respostas obtidas, optou-se pela utilização das informações que contribuiriam, de forma mais contundente, para expressar o resultado encontrado no estudo de caso proposto. Assim, encontram-se abaixo os resultados mais expressivos acerca de cada tema proposto:

3.1 Características Gerais

Dos 154 profissionais que participaram da pesquisa, 80 eram enfermeiros (52%) e 74 eram médicos (48%). Essa proporção foi resultado de disponibilidade aleatória dos profissionais durante os momentos de coleta, mas reflete, de forma geral, a distribuição de um

enfermeiro e um médico para cada equipe de Saúde da Família, conforme padrões definidos, também, nacionalmente.

Os enfermeiros e médicos que participaram da pesquisa estavam distribuídos em centros de saúde classificados pelos riscos: muito elevado (19 enfermeiros e 15 médicos), elevado (26 enfermeiros e 19 médicos), médio (22 enfermeiros e 24 médicos), e baixo (13 enfermeiros e 16 médicos).

Cabe ressaltar que o número de equipes de Saúde da Família foi, em geral, menor em centros de saúde classificados como de baixo risco, o que aponta para a utilização dos índices estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde para a definição de recursos como, por exemplo, a disponibilização das equipes de Saúde da Família. Essa distinção não interfere, entretanto, na pesquisa, uma vez que foram utilizadas proporções.

Naqueles serviços classificados como de risco muito elevado existiu, de forma geral, menor disponibilidade dos profissionais para a pesquisa, tendo em vista o volume de atendimento no momento da coleta, em especial dos médicos. Nos centros de saúde de risco elevado, também ocorreu menor disponibilidade dos médicos para a pesquisa, o que não ocorreu nos centros de saúde de risco médio e baixo. Tal observação aponta para o volume de trabalho nos serviços de saúde caracterizados como de risco muito elevado e elevado, impressão obtida no cotidiano de realização da pesquisa.

Os profissionais enfermeiros e médicos eram, em sua maioria, do sexo feminino (109 mulheres e 45 homens). Entretanto, no grupo do sexo masculino, 84,4% eram médicos e 15,6% eram enfermeiros. No grupo do sexo feminino, 33% eram médicos e 67% enfermeiros.

Sobre o ampliado número de profissionais do sexo feminino nas equipes de Saúde da Família, no estudo de caso realizado, é possível levantar hipótese relativa à maior identificação das mulheres com a proposta de cuidado pelo Programa de Saúde da Família (valorização das relações familiares, do ambiente e da comunidade, por exemplo). Além disso, segundo Lopes (1996) apesar de, atualmente, a medicina não ser espaço hegemonicamente masculino, percebe-se que os espaços de concentração feminina são os assalariados com menos poder aquisitivo, sendo, ainda, a prática médica, um espaço de dominação masculina. Para Machado (1993), entretanto, a participação crescente das mulheres na medicina se dá em especialidades que se assemelham àquelas exercidas pelas mulheres na esfera privada como: pediatria, ginecologia e saúde pública.

Tal situação propicia, ainda, duas discussões importantes relativas ao gênero. A primeira, relativa à feminização dos profissionais ligados à Atenção Básica, cuja estratégia é a Saúde da Família, no estudo de caso realizado. A segunda, relativa à proporção de mulheres

na categoria de enfermeiros, em especial, o que aponta para os reflexos históricos da profissão, dentre outros; ambos os aspectos salientados, por vezes, em diferentes estudos, como o que segue.

Do ponto de vista do papel da mulher, Bruschini (2000) indica que um conjunto de transformações, inclusive nos padrões culturais e nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas, alterou a constituição da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho produtivo. De um lado existem transformações provocadas pelo impacto da escolaridade, que colocou as mulheres em cargos de chefia, ainda que muitas estejam em empregos tradicionalmente femininos como o magistério, a enfermagem e o serviço social, e por outro, a identificação de que as trabalhadoras continuam concentradas em atividades do setor de serviços, no segmento informal, desprotegido do mercado de trabalho. Para a autora a divisão sexual do trabalho atribui determinados tipos de atividades para as mulheres e outras para os homens, sendo que, historicamente, as atividades compreendidas como femininas são consideradas secundárias, menos valorizadas tanto socialmente quanto economicamente.

Neves (2000) aborda sobre a questão da qualificação da mão-de-obra no novo contexto produtivo, assinalando diferenças de gênero como a maior qualificação entre grupos de trabalhadores do sexo masculino e a inserção na cadeia produtiva, a partir de trabalhos precarizados, de trabalhadores femininos. Segundo a autora,

em todas as análises e pesquisas realizadas que incorpora a divisão sexual do trabalho, foi constatado que com a reestruturação produtiva permanecem a discriminação e a exclusão das mulheres no novo modelo de organização produtiva, trazendo várias conseqüências de sofrimentos não apenas físicos como também psíquicos para as trabalhadoras. (NEVES, 2000, p. 182).

Ainda, é preciso salientar os possíveis impactos da feminização do trabalho, inclusive no PSF. Como registra Medeiros e Rocha (2004), a força de trabalho em saúde vem passando por um processo de feminização que traz consigo as determinações histórico-sociais e econômicas desse fenômeno, como a dupla jornada de trabalho e a desigualdade salarial, dentre outros, o que potencializa ao quadro de vulnerabilidade essa força de trabalho.

O GRÁFICO 1 demonstra outra questão importante relativa aos tipos de risco dos centros de saúde. Através dele é possível perceber que o grupo de pessoas do sexo feminino era maior, proporcionalmente, nos centros de saúde classificados como de risco baixo, e era menor naqueles classificados como de risco muito elevado, variação que não aconteceu nos

demais tipos de risco. Tal resultado pode significar que as mulheres evitavam o trabalho nos centros de saúde de risco muito elevado e, até mesmo, buscavam aqueles centros de saúde com risco baixo ou médio; ou, ainda, que existia distribuição dos profissionais pela Secretaria, a partir do perfil do serviço e do profissional de saúde.

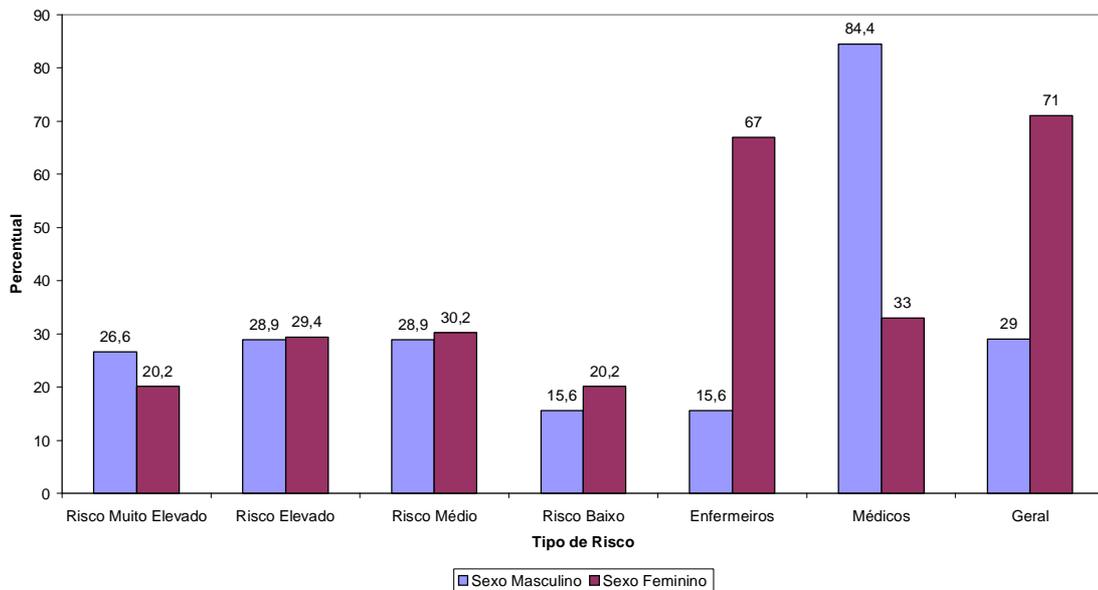


GRÁFICO 1: Distribuição, por sexo, dos enfermeiros e médicos, e segundo tipo de risco das unidades de saúde
Fonte: *Survey* da autora / 2007.

No que diz respeito à idade dos profissionais foi possível observar que a média geral era de 37 anos e 5 meses, sendo os enfermeiros, em relação aos médicos, grupo com idade mais elevada.

De forma geral, ocorreu a identificação de média de idade alta dos profissionais que atuam no PSF. No estudo de caso da cidade de Belo Horizonte, os profissionais que atuam no PSF não são os recém-formados, o que contraria a percepção de que o Programa é escolhido em especial pelos médicos como trabalho intermediário, até o momento de início da formação em outras especialidades médicas e, ainda, sugere que a cidade de Belo Horizonte, através de estratégias gerenciais, assistenciais e/ou relativas aos recursos humanos, tem conseguido a identificação de profissionais com maior experiência profissional, o que pode elevar, em certa perspectiva, a qualidade do cuidado em saúde realizado.

Além disso, percebeu-se, também, conforme o GRÁFICO 2, que os centros de saúde classificados como de baixo risco foram aqueles cujos enfermeiros e médicos possuíam idade média mais elevada (39 anos e 9 meses).

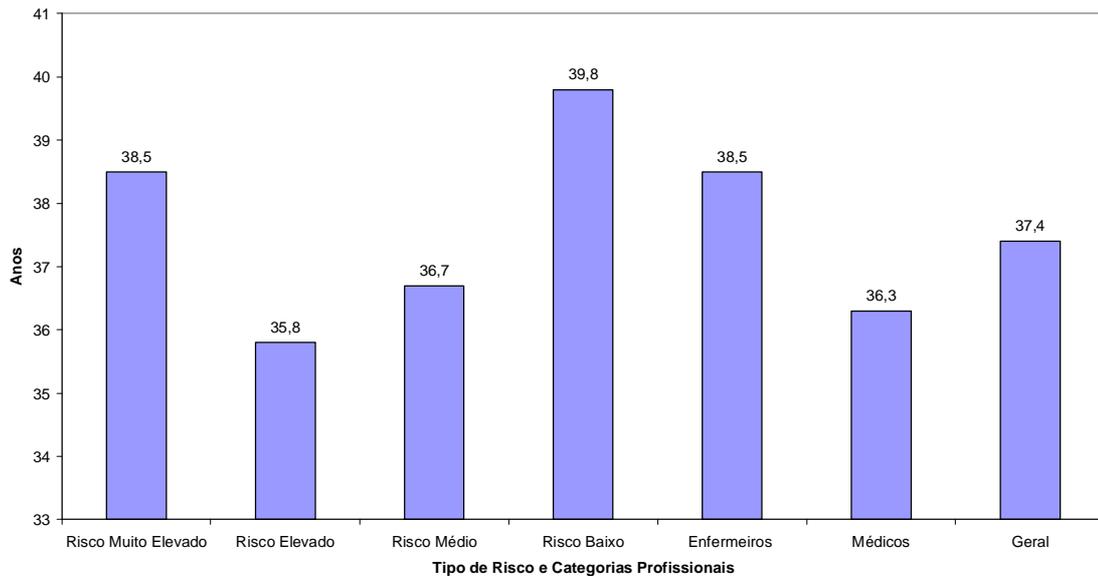


GRÁFICO 2: Distribuição da idade média dos enfermeiros e médicos, e segundo tipo de risco dos centros de saúde
 Fonte: *Survey* da autora / 2007.

Os profissionais que participaram da pesquisa eram, em sua maioria, casados, e, no grupo de casados, a maioria era composta por profissionais médicos. No grupo de solteiros, a maioria, ainda que não com supremacia expressiva, era de enfermeiros.

Quando se avalia a distribuição dos solteiros e casados nos centros de saúde, segundo tipo de risco, observa-se que os casados eram a maioria, proporcionalmente, nos centros de saúde de risco baixo e que os solteiros, ao contrário, estavam presentes nos centros de saúde de risco muito elevado, em proporção maior do que a de solteiros. Esse aspecto permite o levantamento da hipótese de que os profissionais que possuem família procuram por “possível segurança” nas unidades de risco menor.

O instrumento de coleta de dados permitiu, ainda, a identificação dos desquitados/divorciados, separados, viúvos e outros, mas como estes grupos não possuíam representatividade no estudo, não foram apresentados.

Os dados obtidos permitem, desde já, uma breve caracterização do perfil dos centros de saúde classificados como de risco muito elevado e de risco baixo, onde foram percebidas as maiores distinções. Essas grandes diferenças possivelmente ocorrem devido ao maior distanciamento de características, resultante da classificação por risco utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, neste estudo de caso, os centros de saúde classificados como de baixo risco possuem profissionais com a seguinte caracterização: maioria de mulheres, idade média de 39 anos e 9 meses, maioria de casados. Nos centros de saúde classificados como de risco muito

elevado, podemos encontrar: maioria de homens, idade média de 38 anos e 6 meses, maioria de solteiros.

Fica, diante disso, um questionamento acerca da possível influência dessas características na forma de organização dos processos de trabalho e, mais ainda, no resultado do cuidado de saúde produzido pelas equipes de Saúde da Família, dentre outras, o que não é objeto de análise dessa pesquisa, mas que pode ser importante aspecto a ser investigado em outros estudos.

3.2 Formação

O tempo médio de formação dos profissionais envolvidos na pesquisa era de 11 anos e 2 meses, no geral. No grupo de enfermeiros a média do tempo de formação era de 12 anos e 1 mês, e no grupo de médicos de 10 anos e 3 meses.

Nos centros de saúde classificados como de risco baixo, o tempo médio de formação foi superior ao geral, alcançando 13 anos e 1 mês, enquanto os demais foram: risco médio (11 anos), risco elevado (9 anos) e risco muito elevado (11 anos e 7 meses).

Sobre a localidade de formação dos enfermeiros e médicos, foi possível identificar que a maioria dos profissionais concluiu a graduação em Belo Horizonte (74%), o que também ocorreu quando se avaliou separadamente o grupo de enfermeiros e o grupo de médicos. Dessa forma, a maioria dos profissionais se formou e trabalha na cidade de Belo Horizonte, o que é importante informação, tanto no que diz respeito à gestão municipal da saúde quanto para as escolas formadoras, dentre outras instituições.

Entre aqueles que realizaram a graduação em outras cidades do Brasil, a maioria foi composta por médicos (78,6%) e, da mesma forma, entre os que concluíram a graduação em outras cidades do Estado de Minas Gerais, a maioria foi de médicos (60%).

Dos 74% que realizaram a formação em Belo Horizonte, 57,9% eram enfermeiros e 42,1% eram médicos. Tais resultados demonstram uma maior mobilidade no grupo de médicos, no que diz respeito ao local de formação e local de trabalho atual, o que pode estar relacionado à questão relativa ao gênero, uma vez que a maioria dos médicos era do sexo masculino. Não existiam profissionais com formação no exterior no grupo pesquisado.

Os dados obtidos indicam, também, uma situação importante, no que diz respeito à localidade de formação nos centros de saúde de risco elevado e risco muito elevado. Nesses

centros de saúde existe a presença importante, se comparada aos centros de saúde com risco médio e baixo, de profissionais formados em outras cidades de Minas Gerais e do Brasil. Tal fato pode significar que profissionais “de fora” foram alocados, preferencialmente, em centros de saúde classificados como de maior risco, o que pode significar aceitação da proposta por desconhecimento do risco ou maior existência de vagas nesses serviços, dentre outras hipóteses.

No grupo estudado, um número expressivo de profissionais possuía especialização ou residência concluída (63,4%) ou em andamento (17,7%). Um reduzido número possuía mestrado, seja concluído ou em andamento, e ninguém possuía ou estava realizando doutorado. Um importante achado é o de que 16,5% dos profissionais não realizaram pós-graduação ou residência em qualquer especialidade.

Quando distingue-se o grupo pela categoria profissional, observa-se que entre os que realizaram especialização ou residência 54,8% eram enfermeiros e 45,2% eram médicos. O grupo que estava com especialização ou residência em andamento era composto por 62,1% de enfermeiros e 37,9% de médicos. Todos os que possuíam mestrado eram enfermeiros e o grupo que estava com mestrado em andamento era representado por 50% de enfermeiros e 50% de médicos. Entre os que não fizeram pós-graduação ou residência, 29,6% eram enfermeiros e 70,4% eram médicos.

Os profissionais com mestrado concluído estavam concentrados nos centros de saúde de risco muito elevado e os com mestrado em andamento estavam distribuídos nos centros de saúde de risco muito elevado e elevado. Os profissionais dos centros de saúde de risco baixo eram os que menos estavam estudando no momento, o que pode ser uma consequência da caracterização descrita, anteriormente, para os serviços de risco baixo (idade média mais elevada, tempo médio de formado mais elevado e maioria de casados).

Foi avaliada, na pesquisa, a realização de pós-graduação ou residência em Saúde da Família, de forma específica. Os resultados demonstram que a maioria dos profissionais havia concluído (52,3%) ou estavam cursando pós-graduação em Saúde da Família (23,8%), e que um número muito reduzido havia realizado ou estava realizando residência nesta área. O grupo de profissionais que não realizou pós-graduação ou residência em Saúde da Família correspondeu a 22,3% do total.

Entre os que realizaram pós-graduação em Saúde da Família, 57,4% eram enfermeiros e 42,6% eram médicos. Entre os que estavam cursando pós-graduação em Saúde da Família, também eram maioria os enfermeiros (67,7%), em relação aos médicos (32,3%). Todos os profissionais que realizaram residência em Saúde da Família eram médicos, o que pode ser

justificado pelo menor número de residências multiprofissionais e maior número de ofertas de residências para médicos. Quanto aos que não realizaram pós-graduação ou residência em Saúde da Família, de forma geral, 41,4% eram enfermeiros e 58,6% médicos.

Os resultados acima sugerem uma maior dedicação dos enfermeiros ao processo de formação específica para o trabalho no Programa de Saúde da Família, assim como no achado anterior, onde a continuidade da formação, de forma geral, foi percebida no grupo de enfermeiros, de forma mais significativa. Este achado possibilita, também, o questionamento acerca do preparo para o desenvolvimento do PSF diante de sua especificidade, ainda que tal análise não seja objetivo desta pesquisa.

Quando se avalia a distribuição dos dados pelos tipos de centros de saúde, conforme o risco, percebe-se que os centros de saúde de risco baixo não concentram profissionais que estão cursando pós-graduação em Saúde da Família (9,7%). Este achado confirma o registrado, também, na visão geral estabelecida anteriormente.

Ressalta-se, ainda, que a quantidade de horas semanais destinadas aos estudos relativos ao trabalho no Programa de Saúde da Família foi, em média, de 4 horas e 30 minutos, sendo que os enfermeiros estudavam, em média, 4 horas e os médicos 5 horas e 6 minutos, o que significa dedicação superior, nesse caso, dos médicos. Os profissionais dos centros de saúde de risco muito elevado foram os que relataram menor número de horas de estudos (3 horas e 42 minutos), seguidos daqueles dos centros de saúde de risco baixo (4 horas e 12 minutos).

O resultado relativo à distribuição das formas de atualização utilizadas pelos enfermeiros e médicos demonstra que a maioria dos profissionais utilizava livros (91,9%) e/ou artigos (84,4%) como forma de atualização. Os congressos, de forma geral, também foram identificados como fontes importantes de atualização (52,6%). É importante ressaltar que neste momento da pesquisa foi possível o registro de mais de uma opção de resposta e que não ocorreram variações significativas na distribuição por categoria profissional.

Sobre a participação em congressos ou similares, o grupo pesquisado participava, em média, de 2,8 eventos por ano, sendo que os médicos participavam mais (2,9) do que os enfermeiros (2,7). Os profissionais dos centros de saúde de risco baixo eram os que menos participavam de eventos e os que mais participavam estavam nos serviços caracterizados como de risco elevado.

Cabe lembrar, neste ponto, que existiu, conforme o GRÁFICO 3, distinção no perfil de liberação para participação de atividades externas entre as categorias profissionais avaliadas, o que pode ocorrer pela característica das atividades desenvolvidas nos centros de saúde, a

partir da estratégia de Saúde da Família; ou, ainda, pela existência de favorecimento de determinada categoria em detrimento de outra, o que parece ocorrer quando se observa o cotidiano dos serviços de saúde.

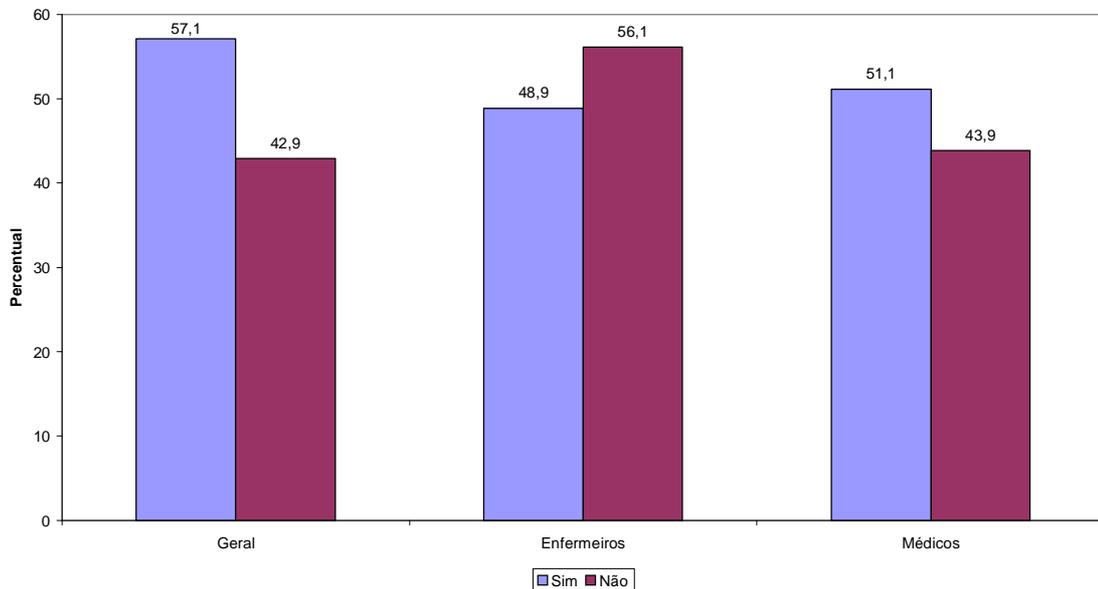


GRÁFICO 3: Liberação para participação em atividades de aprimoramento/capacitação diferentes daquelas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo enfermeiros e médicos
Fonte: *Survey* da autora / 2007.

A quantidade média de livros relacionados ao trabalho no Programa de Saúde da Família, lidos nos últimos 12 meses, foi de 3,2 livros. Os enfermeiros leram, em média, 3,8 livros e os médicos, 2,5. Os profissionais dos centros de saúde classificados como de risco mais elevado foram os que relataram menor volume de livros lidos (2,2), seguidos daqueles dos centros de saúde de risco baixo (2,3) e médio (2,7). Os que mais relataram leitura de livros estavam concentrados nos centros de saúde de risco elevado (4,9).

Os resultados apresentados, de forma geral, demonstraram um menor investimento em participação em congressos, horas de estudos e leitura de livros, de forma geral, dos profissionais dos centros de saúde de baixo risco.

3.3 História Profissional e Relações Trabalhistas

O conhecimento do perfil da história profissional dos entrevistados, bem como a identificação das relações trabalhistas estabelecidas, são importantes aspectos a serem

considerados na caracterização da condição de trabalho no PSF da cidade de Belo Horizonte.

O GRÁFICO 4 apresenta o tempo médio de trabalho dos enfermeiros e médicos, de forma geral, no PSF da cidade de Belo Horizonte, e na atual equipe de Saúde da Família.

É possível perceber, através da representação, que os profissionais pesquisados atuam no PSF por mais de 50 meses, o que pode significar grande implicação com a proposta do Programa na cidade.

Da mesma forma, o tempo de trabalho médio no PSF de Belo Horizonte é também significativo (42 meses e 15 dias), e demonstra que a maior parte do trabalho dos profissionais no PSF foi realizado nesta cidade, sendo que mais de dois anos foram em uma mesma equipe (29 meses e 21 dias).

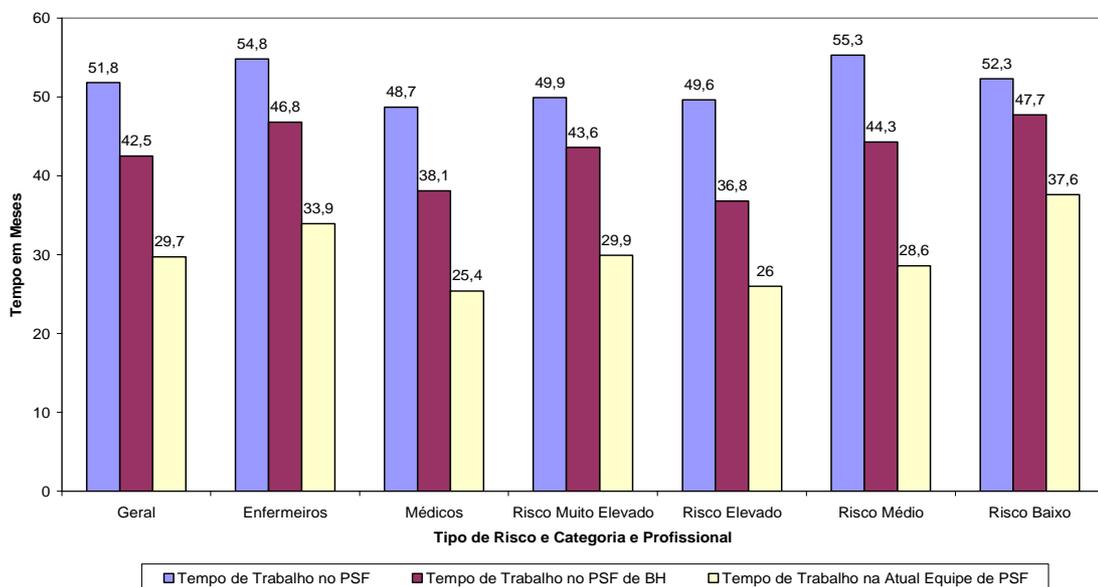


GRÁFICO 4: Tempo de trabalho no PSF, em meses, dos enfermeiros e médicos, e segundo tipo de risco
Fonte: *Survey* da autora / 2007.

Neste ponto é importante observar que um dos desafios do PSF, em âmbito nacional, tem sido o de garantir a permanência dos profissionais nas equipes, o que não parece ser um problema para o Programa em Belo Horizonte. Registros obtidos na Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS) (2009) contribuem para o entendimento do comentado, uma vez que destacam o tempo, a permanência e a constância dos profissionais. O PSF tem apresentado problemas na fixação dos profissionais, principalmente médicos, nas comunidades. Os motivos variam desde questões de inadequada formação para atuarem como provedores de atenção primária, bem como a fragilidade de vínculos empregatícios que dificultam a adesão desses profissionais. A pesquisa do monitoramento de 2002 mostra que apesar de 65% das

equipes estarem funcionando há mais de 12 meses, 39% dos médicos e 37% das enfermeiras estavam nas equipes há menos de 06 meses.

No que diz respeito às categorias profissionais, é possível notar que existe maior permanência, em geral, nas equipes de Saúde da Família, dos profissionais enfermeiros, quando comparados aos médicos.

Quanto às distinções, diante da caracterização dos centros de saúde pelo risco, observa-se que os profissionais que atuam nos serviços com risco médio e baixo possuem maior tempo de permanência no PSF, em geral.

É importante ressaltar que os centros de saúde de risco baixo e os de risco elevado possuem a seguinte caracterização geral, o que pode influenciar o encontrado: risco baixo - maioria de mulheres, idade média de 39 anos e 9 meses, maioria de casados, maioria com tempo médio de formado de 13 anos e 1 mês; e risco muito elevado - maioria de homens, idade média de 38 anos e 6 meses, maioria de solteiros, maioria com tempo de formado de 11 anos e 7 meses.

Ainda sobre a atuação nas equipes de Saúde da Família, a pesquisa identificou que cada profissional trabalhou, em média, em 1,5 equipes, o que possibilita a identificação da intensidade da rotatividade nas equipes do PSF, não existindo distinção importante entre categorias profissionais e tipos de risco dos centros de saúde, nesse caso.

Sobre a existência de outros vínculos de trabalho, além daquele estabelecido com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH), pôde-se perceber que 62% dos profissionais, aproximadamente, possuíam vínculos de trabalho também com o Estado e/ou com o mercado privado. Eram poucos os que apresentavam outros vínculos na própria Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o que pode ser compreendido pela jornada de trabalho estabelecida para o PSF, de 40 horas semanais, na maioria das localidades, inclusive na cidade de Belo Horizonte.

Nos centros de saúde classificados como de risco baixo estavam o menor número de profissionais com outros vínculos, além daquele no PSF (18,6%), o que pode ser algo influenciado, também, pelo perfil dos profissionais que neles trabalham.

Dentre os que apresentavam outros vínculos, a maioria era constituída de médicos, quando o vínculo era com outras instituições (43,2%). Quase 50% dos médicos possuíam outro vínculo de trabalho (48,6%), o que é prática comum do mercado de trabalho e que pode influenciar, inclusive, o sentimento de sobrecarga com o trabalho e, por conseguinte, a avaliação de alguns aspectos que caracterizam, nesta pesquisa, a condição de trabalho. O

trecho que segue aborda a dimensão dos riscos relativos à existência de número ampliado de empregos por um mesmo profissional:

[...] para compensar as perdas salariais e promover uma aparente segurança nas barganhas entre demissões, reestruturação e enxugamentos, o trabalhador da saúde assume um projeto de vida de multiemprego, com risco de prejudicar a qualidade do produto e de trazer para si estresse, fadiga, tornado-se vulnerável aos acidentes de trabalho. Essa situação traz o signo das ambigüidades características do mundo do trabalho precarizado atual, no tocante ao setor saúde, no qual trabalhadores são ao mesmo tempo “cuidadores” da saúde de outros e também “cuidados” ou “carentes de cuidados” de saúde e de melhores condições de vida; [...] (MEDEIROS; ROCHA, 2004, p. 408).

No que diz respeito ao número de horas semanais de trabalho remunerado, pôde-se observar que, no geral, os profissionais trabalhavam, aproximadamente, 6 horas além da jornada de trabalho padrão do PSF. Os médicos realizavam, em média, 11 horas de trabalho além das 40 horas destinadas ao PSF, jornada superior ao dos enfermeiros que era, em média, de 43 horas, no total. Os centros de saúde classificados como de risco muito elevado concentravam os profissionais com maior jornada de trabalho remunerada (51,4%).

Quanto à jornada de trabalho no PSF de Belo Horizonte, vale notar que nas distintas categorias profissionais e, também, na caracterização dos centros de saúde pelo tipo de risco, não existiram registros de jornada de trabalho, em média, de 40 horas. Os médicos foram os que relataram carga horária mais próxima das 40 horas previstas. Os registros, de forma geral, foram inferiores a este número, o que pode ser resultado da flexibilização da jornada por parte dos gestores locais como, por exemplo, liberação para realização de pós-graduação ou residência e, ainda, redução de horário de almoço e banco de horas.

Neste ponto, cabe salientar que 27,9% dos profissionais registraram que existe algum tipo de flexibilização da jornada de trabalho e que 72,1% não identificaram tal flexibilização. A categoria que mais registrou a ocorrência de flexibilização, proporcionalmente, foi a de médicos, o que pode ser entendido quando se observa a grande dificuldade para a contratação de profissionais, ressaltada, inclusive, pela mídia.

O GRÁFICO 5 aborda as modalidades prevalentes de contrato de trabalho dos enfermeiros e médicos do PSF, outra preocupação importante no cenário nacional, uma vez que existem localidades onde a precarização dos contratos de trabalho são realidade. Outras modalidades de contrato foram registradas na pesquisa como, por exemplo, terceirizado e

celetista, mas não alcançaram percentuais expressivos, motivo pelo qual não foram descritas abaixo. Dessa forma, o total geral apresentado não alcança 100% da amostra.

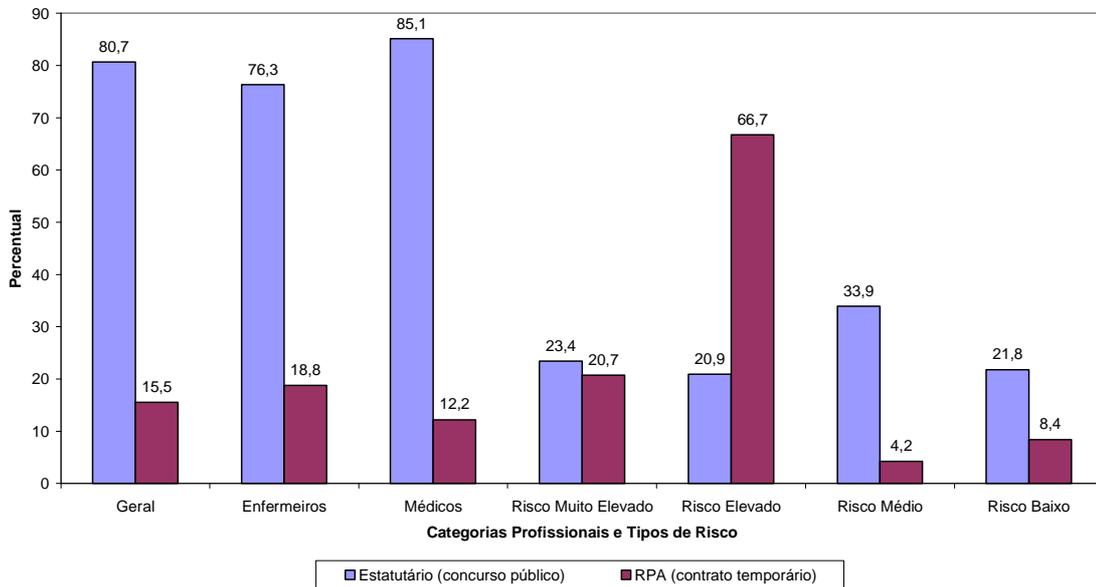


GRÁFICO 5: Modalidade do contrato no PSF dos enfermeiros e médicos, e distribuição segundo risco dos centros de saúde

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

A maioria dos profissionais do estudo (80,7%) estava vinculada ao PSF através de concurso público e 15,5% possuíam contrato temporário ou RPA (pagamento autônomo), esses últimos computados de forma aglutinada. O grupo que representou 15,5% da amostra era composto, na maioria, por enfermeiros. O grande número de profissionais concursados contribuiu para o entendimento da maior permanência dos profissionais no PSF da cidade de Belo Horizonte, conforme apontamento anterior.

Nos centros de saúde classificados como de risco muito elevado ou elevado estavam a maioria dos profissionais com contrato temporário, 20,7% e 66,7%, respectivamente. Nos centros de saúde de risco médio e baixo, a maioria era de concursados. Os achados descritos contribuem para os diferentes perfis estabelecidos conforme o tipo de risco dos centros de saúde.

Quando os profissionais foram questionados acerca da compatibilidade da remuneração com as atividades desenvolvidas no PSF, percebeu-se que 92% dos pesquisados não achavam a remuneração compatível com o trabalho desenvolvido.

Entre os enfermeiros e médicos, o grupo que apresentou o maior índice de percepção de compatibilidade foi o de médicos (12,2%). Ainda assim prevaleceu, em ambas as

categorias, a percepção de não compatibilidade entre a remuneração e o trabalho desenvolvido: 96,3% para os enfermeiros e 87,8% para os médicos.

Não existiu variação significativa quando foram avaliados os resultados por tipo de risco dos centros de saúde, o que demonstra que a percepção sobre a compatibilidade da remuneração não foi influenciada pelo tipo de risco da maioria da população atendida pelo centro de saúde, ainda que exista adicional salarial conforme risco dos serviços, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Belo Horizonte.

No que diz respeito à renda, especificamente, foi possível perceber que a maioria dos enfermeiros possuía renda entre 6 e 10 salários mínimos e que a maioria dos médicos possuía renda entre 11 e 15 salários. Além disso, nos grupos de maiores rendas relatadas, existiu preponderância, também, do grupo de médicos. Vale lembrar que a categoria de médicos foi a que mais registrou outros vínculos de trabalho e maiores jornadas de trabalho, além de receberem maior remuneração no PSF. O salário mínimo utilizado como referência foi de R\$ 380,00 e foram consideradas todas as atividades que resultavam em remuneração.

A pesquisa permitiu, ainda, a identificação de benefícios adicionais ao salário. O chamado “*Plus* do PSF” foi o benefício mais registrado pelos profissionais (89%), mas foram identificados, também, o vale-refeição (14,3%) e o vale-transporte (10,4%). Cabe ressaltar, entretanto, que a visão acerca do “*Plus*” como benefício pode ocultar face de precarização do trabalho, uma vez que sobre o valor financeiro agregado aos rendimentos não incidem férias e 13º salário, por exemplo.

É importante registrar que, no decorrer da pesquisa, os benefícios de vale-refeição e vale-transporte estavam sendo instituídos. A visita aos centros de saúde ocorreu antes, durante e depois da instituição desses benefícios, motivo pelo qual ocorreu variação importante das respostas obtidas dos profissionais nos diferentes centros de saúde pesquisados.

Buscando minimizar, por fim, qualquer registro que, ainda que não intencionalmente, possa valorizar a abordagem do aspecto financeiro na caracterização da condição de trabalho proposta, é importante citar que em pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2004), em que se objetivou a compreensão do sentido do trabalho, o fator financeiro foi referido, porém, com menos ênfase, sendo considerado apenas como complementar e não essencial para que o trabalho faça sentido.

3.4 Fatores Estruturais

A condição de trabalho pode ser também influenciada por questões relativas ao cotidiano do trabalho como, por exemplo, a estrutura física e a disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento das atividades e realização dos atendimentos.

De acordo com Medeiros e Rocha (2004), a dinâmica do processo de trabalho em saúde abarca, além do processo de produção, as relações sociais de trabalho, seus meios e instrumentos. Estudos como os de Donnangelo (1975) e Schraiber (1993) registram que os meios e os instrumentos de trabalho constituem-se em um conjunto de coisas que o trabalhador utiliza para realização do trabalho. Dentre esses instrumentos identificam-se os que servem para a apropriação do objeto (o conhecimento, o raciocínio clínico e os exames), os que cooperam para a transformação desejada (pinças, agulhas, medicamentos e outros) e ainda os que não participam diretamente do processo como o local de trabalho.

Desse modo, justifica-se, na pesquisa realizada, avaliar a visão dos profissionais sobre tais fatores. Assim, foi registrado, de forma geral, que a estrutura física atendia parcialmente às demandas de atendimento como consultas, curativos e acolhimento, e outras (37,7%), sendo que 27,3% dos profissionais registraram que a estrutura não atendida às demandas.

O grupo de médicos foi o que mais identificou a estrutura como compatível com as demandas (55,5% dos registros positivos) e os enfermeiros os que mais identificaram a estrutura como incompatível com as demandas (57,1% dos registros negativos). Como os processos de trabalho desses profissionais são distintos, cabe registrar que existem variações significativas entre a estrutura de trabalho compatível com o desenvolvimento do trabalho médico, e aquela necessária ao desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. Diante disso, notou-se que o profissional enfermeiro atribuiu piores condições estruturais para o desenvolvimento do trabalho, o que merece ser observado.

Não ocorreram variações significativas no que diz respeito aos centros de saúde, estratificados por risco. Dessa forma, a estrutura foi avaliada da mesma forma pelo conjunto de profissionais, independente do tipo de risco do centro de saúde em que trabalhavam, o que pode significar padronização estrutural dos centros de saúde de Belo Horizonte, com definição de estrutura mínima para o desenvolvimento do PSF.

Buscando a avaliação mais objetiva das dimensões estruturais, buscou-se, através da pesquisa, a identificação de fatores físicos que pudessem interferir na realização do trabalho. Os dados do GRÁFICO 6 se referem à percepção dos profissionais acerca dos fatores que

interferiam na realização do trabalho. A estrutura física insuficiente foi novamente mencionada, o que confirma a percepção anterior, e o ruído foi um dos fatores estatisticamente mais expressivos.

Não ocorreram variações significativas, no que diz respeito ao percentual de casos, quando os dados foram estratificados por categoria profissional e por tipo de risco dos centros de saúde, o que significa que ambas as categorias profissionais avaliadas e todos os tipos de centros de saúde estavam sujeitos, da mesma maneira, aos fatores pesquisados.

Cabe registrar que era possível o registro de mais de um fator de interferência ou a não identificação de fatores de interferência no trabalho. Merece destaque, ainda, que alguns centros de saúde haviam sido reformados quando a pesquisa foi realizada e que existia programação de reforma para outros.

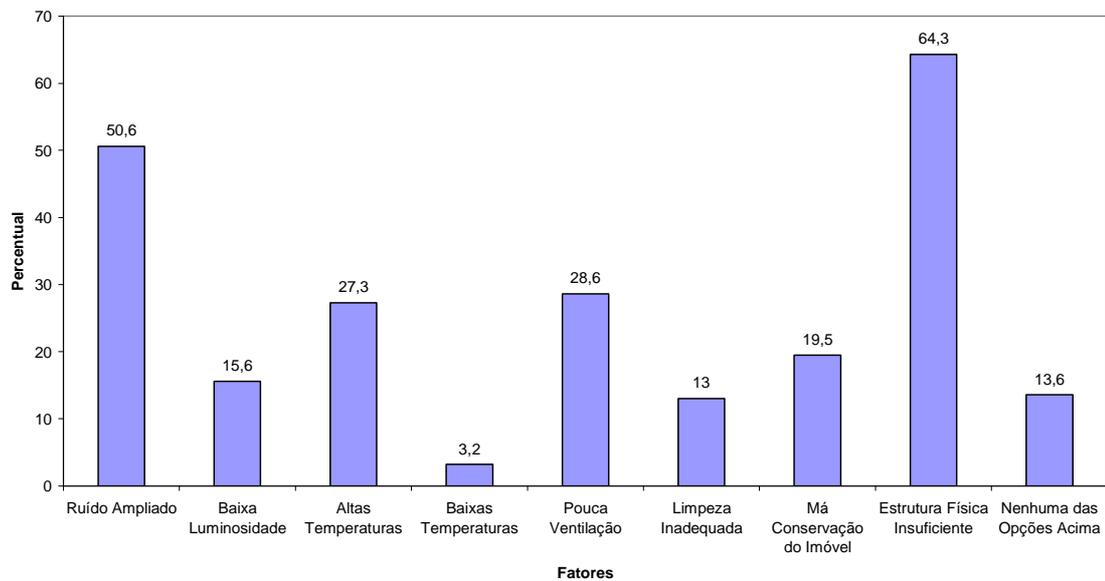


GRÁFICO 6: Percepção geral dos enfermeiros e médicos do PSF acerca dos fatores que interferem na realização do trabalho

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

Para o alcance da humanização do atendimento, importante aspecto a ser observado na gestão do SUS, foi instituída a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS). Essa Política pressupõe interface com os usuários e com os profissionais de saúde e aborda, dentre outros, o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, essa Política reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública; e objetiva efetivar os princípios do SUS no

cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos (DADOS..., 2003 - PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Um dos componentes importantes, dentre outros a serem abordados, posteriormente, é a existência de privacidade para realização dos atendimentos. A existência desse componente, além de atender aos usuários dos serviços, também contribui para a percepção acerca da condição do trabalho dos profissionais. Dessa forma, desenvolver o trabalho em ambiente que garante a privacidade significa, também, estar sujeito a uma melhor condição de trabalho.

Sobre a garantia de privacidade, a maioria dos profissionais registrou existirem ambientes que garantiam a privacidade do atendimento (53,2%). O grupo de enfermeiros, entretanto, foi o que mais registrou não existirem ambientes com garantia de privacidade e o grupo de médicos o que mais registrou a existência desses.

Esses dados corroboram com a percepção descrita, anteriormente, acerca da caracterização sobre a estrutura física dos centros de saúde pelo grupo de enfermeiros, e ressalta rotina existente nos serviços de saúde em que o médico possui, em geral, consultório fixo e os enfermeiros ocupam consultórios e/ou salas vagas em períodos ou turnos do dia, o que também foi verificado na pesquisa: 42,9% dos profissionais relataram existirem consultórios destinados exclusivamente ao desenvolvimento de consultas e atendimentos e 30,5% relataram a disponibilidade de consultórios em algum período do dia, sendo que os enfermeiros foram os que menos possuíam consultório exclusivo ou o possuíam em parte do dia (68,1%).

Quando se avaliou a existência de consultórios nos centros de saúde, a partir da classificação por risco, notou-se que os centros de saúde de baixo risco são aqueles com menor disponibilidade de consultórios exclusivos.

Foi observada, também, a existência ou não de espaço para descanso dos profissionais nos centros de saúde, uma vez que a jornada de trabalho de 40 horas semanais pressupõe serem necessárias pequenas pausas (lanches e outras interrupções). Para a maioria dos profissionais não existia espaço para o descanso nos centros de saúde (87%).

A existência de espaço destinado à guarda de objetos pessoais também foi avaliada na pesquisa: para a maioria dos profissionais (76,6%), o mesmo foi identificado como existente.

Sobre a percepção dos profissionais acerca do espaço para a realização de reuniões nos centros de saúde pesquisados, para a maioria dos profissionais os espaços existiam em condições adequadas (50%). Notou-se, entretanto, que para 39,6% as condições eram

inadequadas e que para 9,7% dos pesquisados não existiam espaços para realização de reuniões, o que pode ser achado significativo quando se avalia o tipo de atividade a ser desenvolvida no PSF.

A percepção acerca da disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento do trabalho também contribui para a visualização dos fatores internos que interferem na condição de trabalho dos profissionais. Dessa forma, a caracterização do mobiliário, dos equipamentos e dos materiais, inclusive didáticos, também foi objeto de análise da pesquisa.

Sobre a caracterização do mobiliário dos centros de saúde (cadeiras, mesas, bancos giratórios, armários, macas), observou-se que a maioria dos profissionais classificou os mesmos como em condições razoáveis (45,5%) ou em boas condições (42,2%).

Para o grupo de enfermeiros, a caracterização acompanha o achado geral, sendo o mobiliário caracterizado como razoável em sua maioria (54,3%). Para o grupo de médicos, entretanto, o mobiliário foi caracterizado como em boas condições na maioria das ocorrências (49,2%).

Quanto à caracterização de equipamentos como, por exemplo, estetoscópio, otoscópio, foco de luz, negatoscópio, esfigmomanômetro e balanças, a maioria dos profissionais classificou os equipamentos como em condições razoáveis (48,7%).

Para o grupo de enfermeiros os equipamentos foram caracterizados como em boas condições, na maioria dos registros obtidos (69%). Para o grupo de médicos, ao contrário, os equipamentos foram caracterizados como insuficientes (56,3%). Nesse grupo apareceu a maior insatisfação com os equipamentos quando analisadas as demais categorias em conjunto. Os equipamentos diretamente relacionados ao trabalho desenvolvido pelo médico não atendiam às expectativas desses.

O material didático (*folder*, *banner* e outros) foi caracterizado pela maioria dos profissionais como insuficiente (36,4%), sendo que os médicos foram os que mais contribuíram para essa percepção. Quando foram percebidos de forma suficiente se caracterizaram, na maioria das vezes, como em condições razoáveis (35,7%).

Os enfermeiros foram os que mais contribuíram nas situações em que os materiais didáticos foram caracterizados como precários (67,7%) e, também para os caracterizados como em boas condições (66,7%), o que pode ser explicado pelo maior contato desse grupo de profissionais com o tipo de material avaliado, o que está relacionado ao tipo de atividade

desenvolvida pelos profissionais enfermeiros no cotidiano do trabalho no PSF, inclusive aquelas relativas aos grupos operativos, dentre outras atividades coletivas.

Sobre a disponibilidade de materiais como gaze, seringa, abaixador de língua, esparadrapo, luvas, agulhas e outros, para a maioria dos profissionais, estavam quase sempre disponíveis (65,5%). O grupo de enfermeiros foi o que mais contribuiu para a caracterização de disponibilidade de materiais (55,9%).

Os dados obtidos na estratificação por tipo de risco dos centros de saúde, no que diz respeito aos recursos materiais avaliados, não apresentaram variação significativa, o que aponta para a padronização dos recursos nos serviços de saúde que utilizam a estratégia de Saúde da Família na cidade de Belo Horizonte.

3.5 Relações com a Equipe

A relação com os colegas de trabalho influencia, também, a condição do trabalho no PSF. A importância de padrão saudável de relacionamento fica evidenciada principalmente quando se considera a valorização do trabalho em equipe, além de princípios como a integralidade do cuidado, propostos pela estratégia de Saúde da Família e, ainda, as características das atividades a serem desenvolvidas, o que pressupõe grande entrosamento entre os profissionais.

Quando se pensa, ainda, na extensão da jornada de trabalho e no intenso contato cotidiano, torna-se importante identificar a percepção dos profissionais sobre as relações estabelecidas entre os membros das equipes de Saúde da Família e outros profissionais dos centros de saúde.

Para Schraiber *et al.* (1999) a divisão do trabalho na saúde gerou a condição de complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados. Quando a equipe é multiprofissional e as autoridades desiguais, a tensão surge do embate pela busca da ampliação da autonomia técnica, nem sempre aliada à articulação de ações, o que poderia levar à eficiência dos serviços.

Para Campos (1997a) a constituição de equipes multiprofissionais tem sido recomendada, colocando-se, sobre as mesmas, inúmeras expectativas como se fossem

milagrosamente compensar a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva cria, autoriza e legítima.

Dessa forma, o estudo realizado identificou que a relação estabelecida entre os membros da equipe de Saúde da Família, na qual cada profissional estava diretamente inserido, era caracterizada como “cooperativa”, na maioria dos casos (87%). O padrão “individualista” foi pouco evidenciado. Apesar do reduzido número de profissionais que identificaram a relação de trabalho como “individualista”, cabe registrar que os enfermeiros foram os que mais contribuíram para esta caracterização (61,5%).

Quanto ao relacionamento com os membros da equipe de Saúde da Família da qual faziam parte, a maioria dos profissionais caracterizou a relação como “excelente” (54,5%). Nesse grupo, a maioria dos profissionais era composta de médicos (52,4%), tendo em vista que a maioria dos enfermeiros caracterizou o relacionamento como “bom” (58,8%). Foi mínimo o percentual que caracterizou o relacionamento como “regular” (1,3%) e não ocorreram registros que caracterizavam a relação como “ruim”, o que aponta para um bom padrão geral de relacionamento quando se observa os profissionais que compõem uma mesma equipe do PSF.

Como muitos dos centros de saúde da amostra possuíam mais de uma equipe de Saúde da Família, além de outros profissionais (ginecologista, pediatra e outros), o que não é incomum também no cenário do PSF nacional, o estudo buscou a caracterização do relacionamento dos enfermeiros e médicos com os demais profissionais dos centros de saúde em que trabalhavam. As categorias utilizadas para caracterizar o relacionamento foram: “excelente”, “bom”, “regular” e “ruim”.

Assim, a maioria dos profissionais caracterizou a relação como “boa” (57,8%), sendo os enfermeiros os que mais registraram que o relacionamento era “bom” (61,8%) e os médicos os que mais se referiram ao relacionamento como “excelente” (59,3%). Foi mínimo o percentual que caracterizou o relacionamento como “regular” (3,9%) e não ocorreram registros que caracterizavam a relação como “ruim”.

Diante disso, o resultado alcançado direciona para um bom padrão relacional quando se observa, também, o conjunto de profissionais em um mesmo centro de saúde, ainda que a relação entre os membros de uma mesma equipe seja melhor caracterizada.

Por fim, tornou-se importante avaliar a percepção dos profissionais sobre o relacionamento com o gerente do centro de saúde em que trabalhavam, tendo em vista que

cada um dos serviços pesquisados possuía um gerente, profissional que possibilita a articulação do nível local com o nível central, dentre outras atribuições.

Quanto à caracterização do relacionamento com o gerente da unidade, a maioria dos profissionais caracterizou a relação como “boa” (48,1%), ainda que o resultado não tenha sido tão expressivo como os anteriormente registrados, sendo que os enfermeiros foram os que mais registraram que o relacionamento era “bom” (56,8%) e os médicos os que mais se referiram ao relacionamento como “excelente” (59,3%). Os médicos foram também os que mais contribuíram para a caracterização do relacionamento como “regular” 55,5% dos 5,8% do total geral. Foi mínimo o percentual que caracterizou o relacionamento como “ruim” (1,9%).

No que diz respeito ao relacionamento existente no ambiente de trabalho, foi possível observar, de forma geral, que quanto maior a proximidade no trabalho melhor o padrão relacional, o que não sofreu alteração quando se observou a estratificação por tipo de risco dos centros de saúde. Cabe ressaltar, entretanto, que a pesquisa não objetivou identificar a existência de tensões cotidianas e, sim, a percepção dos enfermeiros e médicos sobre o padrão de relacionamentos prevalente.

Buscando reafirmar a impressão anteriormente obtida, a pesquisa procurou identificar se existia contato entre os profissionais fora do ambiente de trabalho. Assim, foi avaliada a inclusão, ou não, de colegas de trabalho na realização de atividades no tempo livre e o resultado encontrado foi que a maioria dos profissionais pesquisados não incluía os colegas de trabalho do PSF nas atividades realizadas no tempo livre. Dessa forma, ainda que o padrão de relacionamentos, na maioria das ocorrências, seja caracterizado de forma positiva, o relacionamento restringe-se ao ambiente de trabalho.

Assim, representaram 36,4% os que poucas vezes incluíam os colegas de trabalho nas atividades realizadas no tempo livre e 37% os que nunca o faziam, o que correspondeu ao total de 73,4%. No grupo dos que nunca incluíam os colegas de trabalho nas atividades realizadas no tempo livre, os médicos foram a maioria (61,4%) em relação aos enfermeiros (38,6%).

Nos centros de saúde de risco médio e baixo estavam a maioria dos profissionais que incluíam, muitas vezes, os colegas de trabalho nas atividades realizadas no tempo livre e, também, a maioria dos que incluíam os colegas algumas vezes nas atividades realizadas no tempo livre. De forma geral, os profissionais dos centros de saúde de risco muito elevado

foram os que, proporcionalmente, menos incluíam os colegas de trabalho nas referidas atividades, o que pode estar relacionado à variação do local de residência, segundo risco dos centros de saúde, já apresentada, uma vez que os profissionais dos centros de saúde de risco muito elevado residem, em sua maioria, em local mais distante do trabalho.

Na pesquisa realizada foi possível identificar, também, que as atividades realizadas no tempo livre, em sua maioria, estavam relacionadas ao cuidado dos filhos, e ao lazer em bares e restaurantes, além da leitura e do estudo, de forma geral. As atividades menos realizadas pelos profissionais eram as relacionadas à prática de atividade física como, por exemplo, futebol, voleibol, caminhada, corrida e academia, além daquelas relativas ao lazer em clubes. Esse resultado pode estar relacionado ao perfil de idade do grupo pesquisado, além de ser padrão comum da população em geral, a reduzida prática de atividade física.

Neste ponto, cabe registrar a análise realizada por Medeiros e Rocha (2004) que aborda a realidade do setor Saúde de Natal (RN) em que o tempo livre ou folga remunerada do trabalhador era utilizado, obrigatoriamente, em outra ocupação rentável ou investido em qualificação profissional, sendo esta financiada, muitas vezes, com recursos próprios. Dessa forma, o tempo livre dos profissionais de saúde, alvos do estudo citado por Medeiros e Rocha (2004), não coincide com a definição de tempo de lazer adotada no estudo de caso da cidade de Belo Horizonte.

Sobre os enfermeiros, em especial, é importante citar estudo de Elias e Navarro (2006), em que foi identificada percepção de tempo insuficiente para o descanso e o lazer, sendo que a maioria dos profissionais que participaram do estudo relatou existir pouco tempo para o lazer e se conformar com a situação.

Outro aspecto importante na avaliação da condição de trabalho, a partir do fator relacional, é a percepção dos profissionais acerca da valorização do trabalho que realizam.

Segundo Hackman Jr. e Oldhan (1975), atribuir sentido ao trabalho é importante e este deve apresentar três características fundamentais: a variedade de tarefas, que possibilita a utilização de competências diversas; a não-alienação, onde o trabalhador consegue identificar todo o processo do trabalho e perceber seu significado; e o retorno sobre seu desempenho nas atividades realizadas, permitindo ao indivíduo que faça os ajustes necessários para melhorar sua *performance*.

O conjunto constituído pelos GRÁFICOS 7, 8 e 9 possibilita a identificação da percepção geral dos profissionais e, ainda, da percepção por categoria profissional.

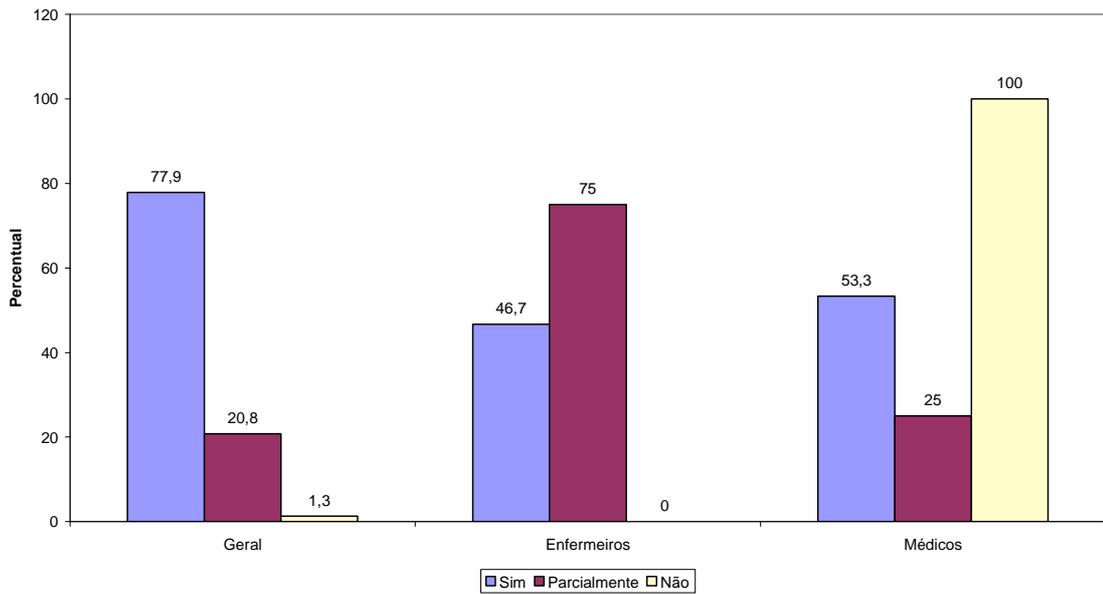


GRÁFICO 7: Existência de valorização do trabalho que realiza, segundo enfermeiros e médicos, pelos colegas de trabalho da equipe de Saúde da Família da qual é membro
Fonte: Survey da autora / 2007.

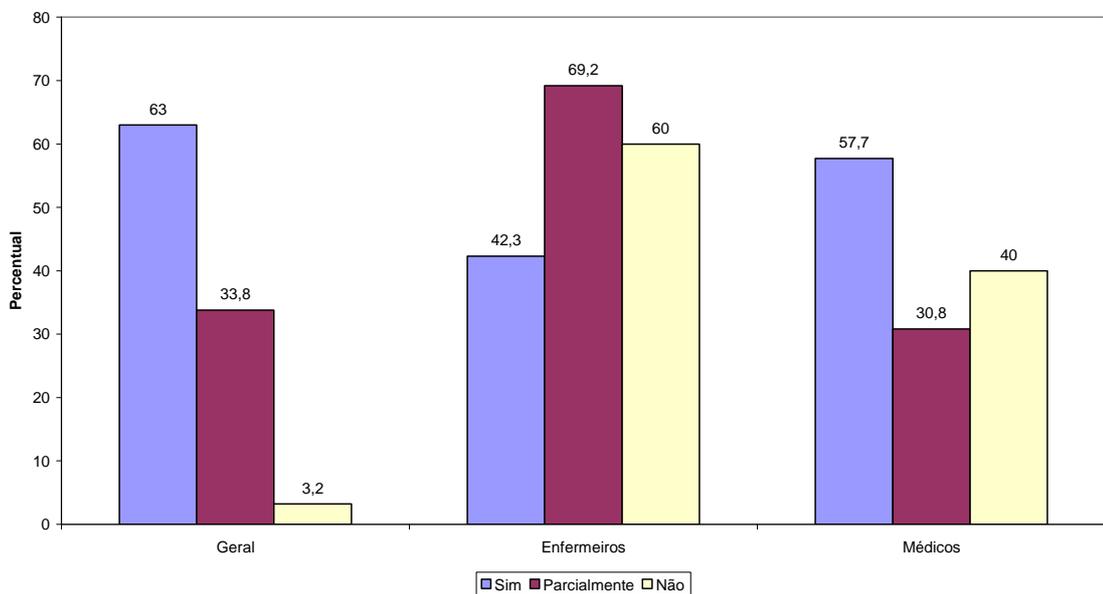


GRÁFICO 8: Existência de valorização do trabalho que realiza, segundo enfermeiros e médicos, pelos demais profissionais da unidade, com exceção do gerente
Fonte: Survey da autora / 2007

3.10 Síntese

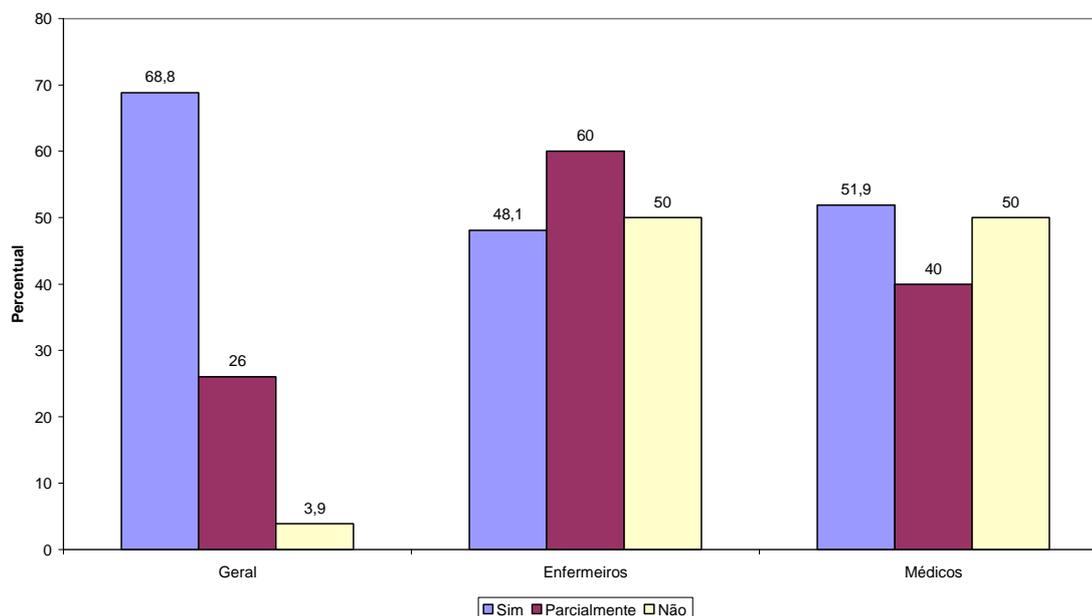


GRÁFICO 9: Existência de valorização do trabalho que realiza, segundo enfermeiros e médicos, pelo gerente

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

O GRÁFICO 7 registra a percepção dos profissionais acerca da valorização do trabalho pelos colegas da equipe de Saúde da Família. A maioria (77,9%) sentia que o trabalho era valorizado, sendo que os médicos foram os que mais contribuíram para essa percepção (53,3%). Entre aqueles cujo trabalho era identificado como parcialmente reconhecido (20,8%), os enfermeiros foram os que mais contribuíram, percentualmente (75%).

No GRÁFICO 8 registrou-se a percepção dos profissionais acerca da valorização do trabalho pelos demais profissionais do centro de saúde onde trabalhavam. A maioria (63%) sentia que o trabalho era valorizado, sendo que os médicos, novamente, foram os que mais contribuíram para essa percepção (57,7%). Entre aqueles cujo trabalho é parcialmente reconhecido (33,8%), os enfermeiros, mais uma vez, foram os que mais contribuíram, percentualmente (69,2%). Foi mínimo o percentual de profissionais que não se sentiam valorizados pelos colegas do centro de saúde (3,2%), mas este foi superior ao número encontrado quando a análise foi aquela relativa aos colegas da equipe de Saúde da Família (1,3%).

O GRÁFICO 9 registra a percepção dos profissionais acerca da valorização do trabalho pelos gerentes do centro de saúde onde trabalham. A maioria (68,8%) sentia que o

trabalho era valorizado, sendo que os médicos foram os que mais contribuíram para esta percepção (51,9%). Entre aqueles cujo trabalho foi identificado como parcialmente reconhecido (26%), os enfermeiros foram os que mais contribuíram, percentualmente (60%). Foi mínimo o percentual de profissionais que não se sentiam valorizados pelo gerente do centro de saúde (3,9%), mas este número foi superior ao número encontrado quando a análise foi aquela relativa aos colegas da equipe de Saúde da Família (1,3%) ou aquela relativa aos demais profissionais do centro de saúde (3,2%).

Cabe ressaltar que não existiram variações significativas na estratificação por tipo de risco dos centros de saúde em nenhuma das situações e que os dados apresentados, de forma conjunta, permitem a percepção de que o profissional médico sente-se, no geral, mais valorizado pelo trabalho que realiza do que o profissional enfermeiro.

Ressalta-se que a pesquisa buscou a identificação da existência de avaliações formais que pudessem significar, objetivamente, oportunidade de percepção dos profissionais acerca do trabalho realizado. Chama a atenção o alto índice de profissionais que registraram a não ocorrência de avaliações periódicas (30,5%) e, também, o número daqueles que registraram que essas acontecem, esporadicamente (34,4%). A estratificação por categoria profissional possibilitou a percepção de que os profissionais enfermeiros são, formalmente, os mais avaliados.

O instrumento de coleta de dados permitiu, também, a identificação de aspectos incentivados nas avaliações realizadas: respeito às normas institucionais (49,4%), relacionamento com os colegas (44,8%), relacionamento com os usuários/comunidade (40,3%), iniciativa (37,7%), atendimento humanizado (35,1%), atuação com ética (33,8%), habilidade técnica (33,1%), atuação com responsabilidade social (25,3%) e pensamento reflexivo (19,5%). Era possível o registro de mais de uma opção de resposta.

O resultado obtido demonstra que não existe percepção sobre a existência de padrão de avaliações e que a ocorrência dessas não era rotina nos centros de saúde, de forma geral, o que reduz as chances de identificação de problemas e melhoria dos mesmos, por parte dos profissionais e serviços, o que merece ser observado.

Cabe registrar, ainda, que não ocorreu distribuição uniforme dos retornos obtidos, o que pode significar grande variabilidade de conduta relativa à avaliação, nos centros de saúde pesquisados, o que leva à necessidade de institucionalização da prática de avaliação.

De forma a enfatizar, por fim, a importância da análise das relações estabelecidas no ambiente de trabalho, torna-se fundamental citar a pesquisa realizada por Oliveira *et al.*

(2004) em que foram identificadas as três dimensões que compreendem o sentido do trabalho: individual, organizacional e social.

Em particular, na dimensão organizacional o trabalho que faz sentido é descrito como aquele realizado em um ambiente agradável, onde as relações interpessoais são positivas, e possibilita relações construtivas. O simples fato de poder trabalhar com pessoas, em meio a elas, confere sentido ao trabalho dos entrevistados. Entretanto, a partir do momento em que a pessoa não encontra apoio e respaldo dos pares, o trabalho é visto como sem sentido.

3.6 Relações com a Comunidade

A percepção sobre a intensidade das relações dos profissionais com a comunidade foi obtida a partir de análise indireta que avaliou a frequência de participação dos mesmos em discussões sobre as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família nas áreas de abrangência específicas de cada equipe ou de cada centro de saúde e, ainda, a frequência de participação em discussões sobre as ações da comunidade que atendiam.

Além disso, observou-se, no registro das atividades realizadas no cotidiano do PSF, a intensidade daquelas relacionadas ao trabalho na comunidade, o que não foi evidenciado como o esperado, quando se considera a forma de atuação proposta pelo PSF.

Notou-se, então, que quanto mais próximo do trabalho desenvolvido cotidianamente, maior a participação dos profissionais nas discussões. Dessa forma, os profissionais participavam mais de discussões relativas ao trabalho desenvolvido pela própria equipe no centro de saúde e menos daquelas relativas à comunidade na qual desempenhavam o trabalho.

Os enfermeiros, de forma geral, foram os que mais registraram a participação em discussões relativas ao trabalho que desenvolviam, sejam relativas à equipe, ao centro de saúde ou à comunidade. Existiram registros de médicos que quase nunca ou nunca participavam de discussões relativas ao trabalho desenvolvido, em qualquer amplitude. A participação nas discussões acerca das ações na comunidade foi, de fato, a menos registrada por ambas as categorias profissionais.

As atividades registradas pelos profissionais como as mais realizadas (atividade predominante), nos centros de saúde pesquisados, foram: Consulta (40,9%) e Acolhimento (39,6%), sendo que o Grupo Operativo apareceu como atividade secundária (27,9%). As atividades Visita Domiciliar (18,8%) e Reunião de Equipe (14,3%) também foram citadas de

forma significativa, ainda que em menor proporção quando comparadas às anteriormente citadas.

As atividades menos citadas (menos predominantes) foram: Micronebulização (81,8%), Estudos de Caso (79,9%), Vacinação (78,6%), Atividades na Comunidade (77,9%) e Pré-Consulta (77,3%), esta última especificamente citada pelos enfermeiros.

Neste ponto, merece novamente destaque a não identificação da “Atividade na Comunidade” como ação predominante, tendo em vista as características do trabalho desenvolvido ou esperado no Programa Saúde da Família, inclusive quando se aborda o aspecto do vínculo com a comunidade. Segundo Campos (1997b), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos.

De forma geral, sobre a participação dos profissionais em grupos, associações, comitês e similares, ligados à atuação no PSF, nota-se participação reduzida, pois 65,6% deles não participavam dos referidos grupos e similares.

Dentre o grupo que participava, 54,7% eram enfermeiros e 45,3% eram médicos e estavam concentrados nos centros de saúde de risco médio (35,8%), seguidos pelos que estavam nos centros de saúde de risco elevado (26,4%) e muito elevado (22,8%).

Os profissionais dos centros de saúde de risco baixo foram os que menos relataram a participação avaliada (17,0%). Nos centros de saúde de risco médio ocorreu inversão, em relação à proporção geral, entre os profissionais que participavam e os que não participavam de grupos e similares.

A diversidade das características dos problemas encontrados nas diferentes áreas de abrangência dos centros de saúde estudados poderia justificar a distribuição de participação encontrada em grupos e associações abordada na pesquisa. Dessa forma, a complexidade dos problemas enfrentados pelos profissionais poderia favorecer a articulação desses com a comunidade e, por conseguinte, com seus grupos, associações e outros. Tal fato, somado às características dos profissionais de saúde dos centros de saúde de risco baixo, já descritas, poderia justificar o baixo envolvimento desses com grupos ou entidades ligadas à atuação no PSF como, por exemplo, os Conselhos de Saúde e a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade.

Cabe registrar, diante dos resultados sobre a participação em grupos, associações e outros, que refletem, também, a intensidade da participação em organizações que representam os trabalhadores de saúde, que segundo Medeiros e Rocha (2004) a forma de organização

sindical e de cooperativas tem se caracterizado pela heterogeneidade estrutural, sendo crescente a presença de formas assalariadas e as formas de organização coletivas típicas do trabalho; ainda que exista a presença de representações profissionais corporativas, organizando demandas, defendendo privilégios exclusivos, emprego, salários e condições de trabalho. Ainda segundo os autores, a heterogeneidade apresentada vem conformando uma tendência à hegemonia progressiva da forma assalariada, o que significa a utilização de formas de representação típicas do trabalho, análise que permanece atual quando se observa o vivenciado pelo setor saúde, no momento.

3.7 “Carga” de Trabalho

A percepção dos enfermeiros e médicos sobre aspectos como a intensidade e a “carga” de trabalho foram também identificadas na pesquisa, tendo em vista que contribuem sobremaneira para a visão geral da condição do trabalho no PSF de Belo Horizonte, na medida em que traduzem, ainda que subjetivamente, a visão dos enfermeiros e médicos sobre o trabalho, na perspectiva do “esforço” (físico ou mental) para a realização do mesmo.

Para que a percepção subjetiva fosse complementada, aspectos objetivos como o número de consultas/atendimentos também foram levantados. Dessa forma, o conjunto de informações permitiu a definição de um panorama geral sobre o tema.

O número de consultas ou atendimentos realizados por hora de trabalho foi registrado pelos profissionais conforme os dados do GRÁFICO 10. Os dados gerais são apresentados, bem como os percentuais de contribuição de cada categoria profissional para os mesmos. Os registros prevalentes foram aqueles que identificaram a ocorrência de 3 e 4 consultas/hora; o que não é quantidade demasiada quando se observa a característica dos atendimentos, e quando é possível utilizar a perspectiva de cuidado longitudinal e continuado, conforme princípios do PSF. Diante dos números registrados por hora de trabalho, o tempo de cada consulta/atendimento era de 20 ou 15 minutos. Para favorecer a comparação do resultado, registra-se a recomendação da Organização Mundial de Saúde, de que o tempo sugerido para que a consulta seja adequadamente realizada é de 15 minutos.

Os enfermeiros foram os responsáveis pela maioria dos registros de 2 consultas/hora e, também, 6 consultas/hora. Para os médicos o número identificado foi de 3 consultas/hora, principalmente.

A ocorrência de dois registros preponderantes pelo grupo de enfermeiros pode ser explicada se levados em conta, quando os registros foram de 6 consultas/hora, os atendimentos oriundos do acolhimento às demandas, realizado na maioria dos centros de saúde pelos enfermeiros, com a finalidade de “triagem”.

A necessidade de inclusão desses atendimentos não foi salientada na pesquisa no momento de aplicação dos questionários, tendo em vista que a opção pela inclusão, ou não, dos atendimentos oriundos do acolhimento era de cada um dos profissionais, a partir do entendimento desses sobre o processo de trabalho e sobre o questionamento realizado na pesquisa.

No que diz respeito à estratificação por risco, cabe registrar que 42,9% dos casos em que ocorreram registros de 2 consultas/hora foram realizados em serviços caracterizados como risco baixo, o que coincide com a impressão de menor volume de trabalho nestes centros de saúde.

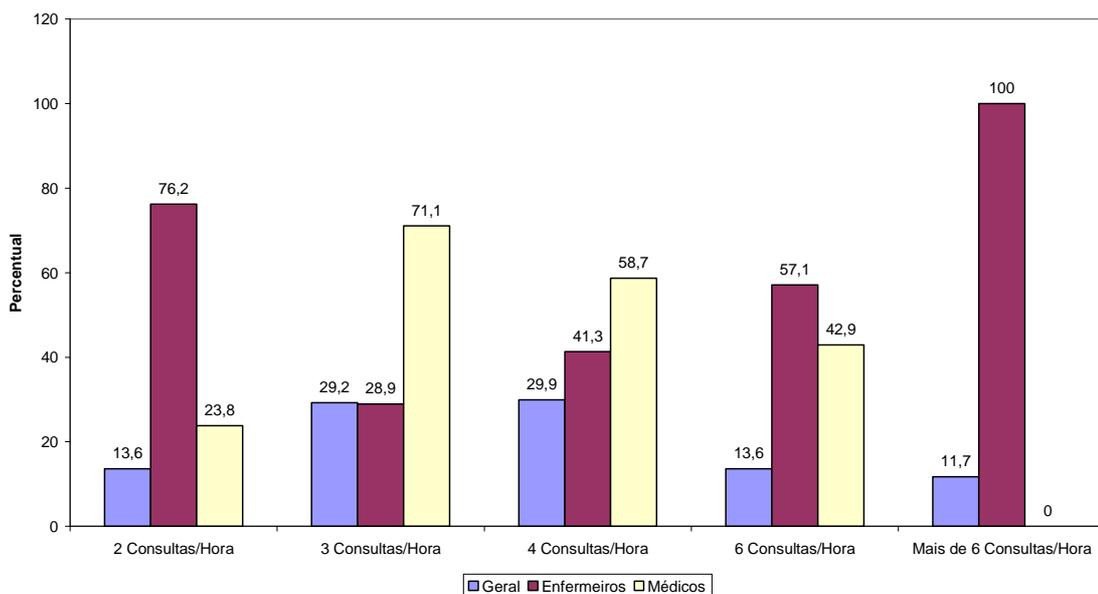


GRÁFICO 10: Número de consultas/atendimentos realizados por hora de trabalho, segundo enfermeiros e médicos

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

Sobre a intensidade do trabalho (“carga” de trabalho), a maioria dos profissionais caracterizou a intensidade do trabalho como excessiva (62,3%), sendo os enfermeiros os que mais contribuíram para esta proporção (57,3%). A maioria dos que registrou que a intensidade do trabalho era adequada era composta por médicos. Nenhum profissional identificou a intensidade do trabalho como reduzida.

Neste ponto cabe citar estudo realizado por Elias e Navarro (2006) que registra que a sobrecarga de trabalho é um aspecto evidente e vivido pelos profissionais de enfermagem. Os resultados revelam que existe uma pluralidade de atividades (o cuidar do outro, o cuidar da família, o cuidar de si) que compõem a ideia de cotidianos, no plural, de sobrecarga. Para as autoras o prazer no trabalho está relacionado à tarefa cumprida.

Laurell e Noriega (1989) abordam o conceito de carga de trabalho a partir da análise do processo de trabalho e de seus elementos constituintes, que interagem como o corpo do trabalhador, gerando desgaste (perda potencial e/ou efetiva corporal e psíquica). Dessa forma, a associação dos dados apresentados à análise da organização e divisão do processo de trabalho poderia beneficiar a compreensão do sentido atribuído à “sobrecarga”, bem como sua localização, limitação deste estudo.

A percepção dos profissionais sobre o tempo para a realização das atividades do Programa de Saúde da Família, compõe a visão sobre o tema. Assim, o conjunto de enfermeiros e médicos que registraram que o tempo era ocasionalmente suficiente (18,8%), pouco suficiente (24%) ou insuficiente (15,6%) constituiu a maioria com 58,4% dos registros.

É importante o registro que 33,3% dos profissionais que identificaram o tempo como insuficiente estavam em centros de saúde caracterizados como de risco muito elevado. Não existiram, nesse levantamento, variações significativas por categoria profissional.

Os profissionais foram questionados, ainda, sobre a necessidade de realização de atividades relativas ao PSF fora da jornada de trabalho, o que significa, na prática, necessidade de ficar no centro de saúde além da jornada de trabalho diária definida. A maioria dos profissionais (47,4%) registrou que “às vezes” era necessária a realização de atividades fora da jornada de trabalho, o que aponta para uma rotina de ampliação da jornada, ainda que não diária. O grupo que “sempre” ou “quase sempre” precisava ficar além do horário de trabalho representou 22,1% do total. O grupo composto pelos que “quase nunca” ou “nunca” precisavam ficar além do horário representou 29,2% do total.

Os profissionais foram questionados, também, acerca da necessidade de realização de atividades do PSF no domicílio, o que significa, na prática, “levar trabalho para casa”. A maioria dos profissionais relatou que “às vezes” era necessário realizar atividades fora do ambiente de trabalho (34,4%). Os enfermeiros foram os que mais referiram realizar atividades fora do ambiente de trabalho (sempre/quase sempre/às vezes) e os médicos os que menos referiram realizar atividades fora do ambiente de trabalho (quase nunca).

Por fim, para compor a visão sobre este tema, foi levantada a percepção dos enfermeiros e médicos sobre o impacto no trabalho quando colegas estavam em férias ou em

licença-saúde, devido ao redirecionamento das atividades e/ou redefinição do processo de trabalho. Para a maioria dos profissionais o trabalho era totalmente redirecionado nas situações apresentadas (54,5%). Praticamente 43% dos profissionais registraram que o trabalho era parcialmente direcionado e apenas 1,9% que não era redirecionado. Este último grupo foi composto, em sua totalidade, por enfermeiros. Para quase todos os profissionais (87%), entretanto, o redirecionamento do trabalho, quando existiam colegas em férias ou em licença-saúde, gerava sobrecarga.

Diante dos dados apresentados, pode-se perceber, em síntese, que existe percepção, de forma geral, sobre intensidade excessiva de trabalho e pouco tempo para realização das atividades, sendo necessário, por vezes, ficar além da jornada diária de trabalho ou “levar trabalho para casa”. A intensidade de trabalho foi percebida de forma ampliada quando existiam colegas de trabalho em férias ou licença-saúde.

Ressalta-se, entretanto, que, apesar da percepção descrita acima, não existiram registros expressivos sobre a ocorrência de doença ocupacional, cujo conceito inclui tanto problemas relacionados diretamente com a atividade profissional como condições indiretas e situações adversas presentes no ambiente de trabalho. Dessa forma, a maioria dos profissionais negou histórico de doença ocupacional (76,6%) e não relatou ter sofrido acidente de trabalho (85,1%). Cabe registrar, em especial, que a maioria dos que registraram acidente de trabalho era composta de enfermeiros (81%), o que pode ser explicado pela característica das atividades realizadas por esses profissionais.

A necessidade de afastamento por motivo de licença-saúde (ocupacional ou não ocupacional) foi identificada na seguinte proporção: 01 afastamento (25,3%), entre 02 e 04 afastamentos (29,9%), mais de 04 afastamentos (5,8%) e nenhum afastamento (37%). Os casos em que ocorreram 04 ou mais afastamentos foram registrados, em sua maioria, nos serviços de risco muito elevado e elevado. Foram considerados todos os afastamentos ocorridos durante o tempo de trabalho no centro de saúde.

Diante dos registros anteriores, é importante ressaltar, entretanto, que o baixo índice de licenças para tratamento de saúde pode indicar que estes profissionais continuam trabalhando, ainda que apresentem sintomas físicos e emocionais, como os identificados na pesquisa, em grande proporção. Os principais sintomas registrados pelos profissionais e presentes nos últimos seis meses, tendo como referência a realização da pesquisa, foram, principalmente, cansaço mental, irritabilidade, dor de cabeça, cansaço físico e dor nas costas.

Cabe registrar, ainda, que segundo Seligmann-Silva (1997) a morbi-mortalidade tendencial da população trabalhadora aponta para uma prevalência cada vez mais frequente de

agravos caracterizados por um mal-estar difuso e por doenças que ocorrem na população geral, mas que entre os trabalhadores passam a ocorrer em faixa etária mais precoce. Outros estudos epidemiológicos e qualitativos como Vezina (1998) e Wunsch Filho (1998) têm abordado o efeito da ausência de autonomia dos trabalhadores sobre as condições e organização do trabalho para explicar problemas de saúde como os cardiovasculares, o sofrimento mental e mesmo os acidentes de trabalho.

3.8 Autonomia e Satisfação no Trabalho

A realização do trabalho de maneira autônoma contribui para o favorecimento da percepção positiva acerca das condições para o desenvolvimento do trabalho. A possibilidade de realizações oriundas do processo criativo e livre são, por conseguinte, aspectos importantes a serem avaliados.

A satisfação no trabalho tem sido definida de diferentes maneiras, a partir do referencial teórico adotado. Neste estudo, o conceito de Locke (1969) sobre os fatores psicossociais do trabalho parece ser o mais apropriado, tendo em vista o entendimento de que os elementos causais de satisfação no trabalho estão relacionados ao próprio trabalho e a seu conteúdo, como reconhecimento, condições e ambiente de trabalho, relações com colegas e subordinados, características da supervisão e gerenciamento; além se relacionarem às condições e aos agentes do trabalho. A Insatisfação no trabalho, por sua vez, tem sido abordada, como em Dejours (1987), a partir de duas fontes que abordam o conteúdo significativo do trabalho e o conteúdo ergonômico da tarefa.

O sentido do trabalho, segundo Morin (2001), é fortemente influenciado pela organização do mesmo, pois esta é capaz de alterar os comportamentos dos trabalhadores de forma que passem a ter atitudes positivas para com as funções que executam, com a organização e com eles mesmos. O autor ressalta que a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de desenvolver seus julgamentos e seu livre arbítrio.

Diante disso, é relevante o resultado obtido acerca da autonomia para o desenvolvimento do trabalho, uma vez que 85,7% dos profissionais registraram a existência dessa, sem variações significativas na estratificação por tipo de risco dos centros de saúde ou por categoria profissional.

Assim, parece ocorrer no PSF de Belo Horizonte, ainda que exista padronização de condutas através de linhas guias, protocolos de atendimento e outros, oportunidade de realização autônoma do trabalho, o que é necessário para o alcance da qualidade na Saúde da Família, diante da variabilidade de realidades nas diferentes áreas de abrangência das equipes, além de ser fator considerado como positivo e necessário nas discussões sobre o trabalho.

A percepção acerca da satisfação ou a frustração diante do trabalho realizado, contribui para a composição de informações que pudessem caracterizar a condição de trabalho dos enfermeiros e médicos. Assim, os profissionais foram questionados acerca do sentimento, majoritariamente, de satisfação ou frustração diante do trabalho desenvolvido, sendo que a maioria deles relatou satisfação no desenvolvimento do trabalho (77,3%). Entre os que relataram frustração (12,3%), a maioria, entretanto, era composta por enfermeiros (73,7%), o que contribui para o entendimento de que esses profissionais, em geral, apresentam percepções relacionadas a piores condições de trabalho.

Diante da realização da estratificação por tipo de risco dos centros de saúde, percebeu-se que não ocorreram registros de frustração com o trabalho pelos profissionais dos centros de saúde caracterizados como de baixo risco. Os centros de saúde caracterizados como de risco médio concentraram os profissionais que relataram frustração com o trabalho (47,4%). Cabe ressaltar, ainda, que 16 pessoas não responderam ao questionamento, o que é um montante expressivo quando comparado aos profissionais que deixaram de responder a outras questões.

Quando questionados sobre os motivos geradores de satisfação ou insatisfação, os profissionais abordaram, na primeira situação, aspectos em que prevaleceu a visão sobre o conteúdo do trabalho realizado como, por exemplo, a possibilidade de atender às demandas da população e produzir melhorias na condição de vida dessa, além de aspectos como a boa relação com a equipe de trabalho e a comunidade e, ainda, o reconhecimento pelo trabalho realizado. Na segunda situação, em que foram registrados os motivos para insatisfação no trabalho, prevaleceu a identificação de aspectos relativos à organização do processo de trabalho como: desorganização do serviço, amplitude de demandas, sobrecarga, falta de estrutura física adequada e falta de recursos, além de registros acerca de relacionamento comprometido, inclusive com a gerência, e baixos salários, dentre outros.

Os profissionais foram questionados, também, sobre o desejo de mudar de centro de saúde, sendo que 76% dos profissionais registraram que não gostariam de mudar de centro de saúde. Desses, a maioria era composta de médicos (53,8%). Quanto ao grupo que gostaria de mudar de centro de saúde, a maioria era composta por enfermeiros (60%). Quando perguntados sobre as justificativas para deixar ou permanecer no centro de saúde, os

profissionais registraram diferentes motivos, dentre eles: o bom relacionamento com a equipe ou a relação desgastada, a proximidade ou a distância do local de residência, a sobrecarga, a satisfatória ou insatisfatória organização do processo de trabalho, a vivência ou a percepção de situação de risco, a busca de jornada de trabalho mais flexível, a possibilidade de desenvolver, de fato, o trabalho do PSF, as melhorias alcançadas na saúde da população, a adaptação, o vínculo com a comunidade.

Não existiram variações significativas por tipo de risco dos centros de saúde, de forma geral, mas o menor percentual de profissionais que registraram não desejar mudar de unidade foi encontrado nos centros de saúde de risco baixo, proporcionalmente (17,9%). Doze pessoas não responderam ao questionamento, o que é um montante expressivo se comparado ao número de profissionais que deixaram de responder a outras questões.

3.9 Fatores Externos

Partindo-se do pressuposto de que a condição de trabalho é influenciada, também, por fatores externos, a pesquisa realizada objetivou avaliar aspectos como a forma de deslocamento para o trabalho e a distância desse ao local de residência e, ainda, a percepção dos profissionais acerca do sentimento de segurança na localidade onde trabalhavam, tendo em vista que a violência, além de questão presente no cotidiano das cidades, é fator importante no PSF, uma vez que as localidades em que a estratégia é instalada, em geral, possuem condições sociais que resultam em ampliação da violência.

Segundo Gomez e Thedim-Costa (1999), “A violência nas grandes metrópoles expressa em formas e espaços distintos, vem agravar o conjunto de contradições da vida contemporânea, constituindo-se mais um efeito nefasto dessas transformações” (GOMES; THEDIM-COSTA, 1999, p. 412).

Diante disso, quanto à caracterização do local de residência, conforme GRÁFICO 11, os profissionais residiam, na maioria dos casos, em local próximo ao do trabalho, sendo que nos centros de saúde caracterizados como de risco muito elevado foi maior o percentual de profissionais que residiam em bairro distante.

Naqueles centros de saúde caracterizados como de risco baixo, foi maior o número de profissionais que residiam no mesmo bairro em que trabalhavam. Não ocorreram variações expressivas por categoria profissional.

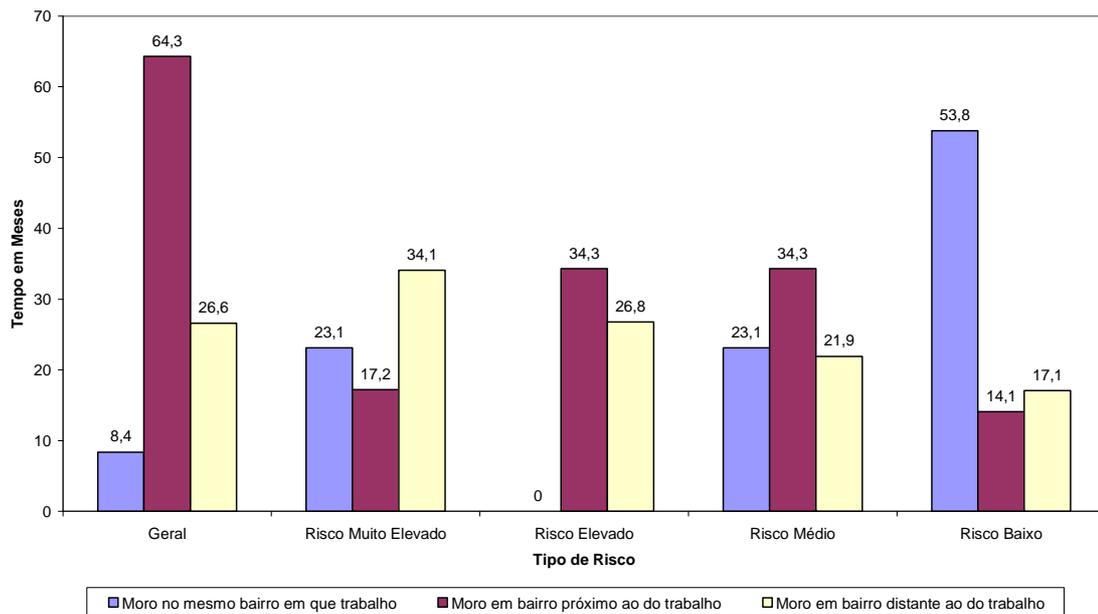


GRÁFICO 11: Residência dos enfermeiros e médicos em relação ao local de trabalho, segundo tipo de risco

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

No que diz respeito ao meio de deslocamento para o trabalho, foi possível perceber que a maioria dos profissionais utilizava veículo próprio (75,3%). Os enfermeiros, no entanto, foram os que mais utilizavam ônibus, proporcionalmente. Nos centros de saúde caracterizados como de risco baixo, a utilização de veículo próprio, quando comparada à utilização de ônibus, foi a mais expressiva. Nos demais centros de saúde a utilização de ônibus foi importante aspecto observado.

Quando avaliados os resultados apresentados, nota-se que os profissionais que trabalham nos centros de saúde de baixo risco utilizam veículo próprio, apesar de residirem, em sua maioria, no mesmo bairro em que trabalhavam. Tal fato pode expressar a maior segurança existente, nestas localidades, para estacionamento e guarda do veículo.

Ressalta-se que outras opções de resposta para o questionamento realizado eram possíveis como, por exemplo, o deslocamento por veículo da prefeitura e utilização de carona, mas as mesmas não foram significativas do ponto de vista estatístico, não foram comentadas.

Quanto à percepção dos profissionais acerca do sentimento de segurança para o desenvolvimento do trabalho no Programa de Saúde da Família, conforme GRÁFICO 12, nota-se que os profissionais sentiam-se parcialmente seguros, em sua maioria, sendo que os registros de maior insegurança foram oriundos dos enfermeiros e os de maior segurança, dos médicos.

Esse fato pode ser explicado pela característica do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que, de forma geral, o coloca em maior contato com a comunidade, enquanto o trabalho do médico está mais centrado, por vezes, no atendimento em consultório, no próprio centro de saúde. A questão do gênero também pode influenciar esta percepção, uma vez que o grupo de enfermeiros é constituído em sua maioria, por mulheres.

Na estratificação dos dados segundo tipo de risco dos centros de saúde, percebe-se que nos centros de saúde de baixo risco foi encontrado o menor percentual de insegurança para o desenvolvimento do trabalho.

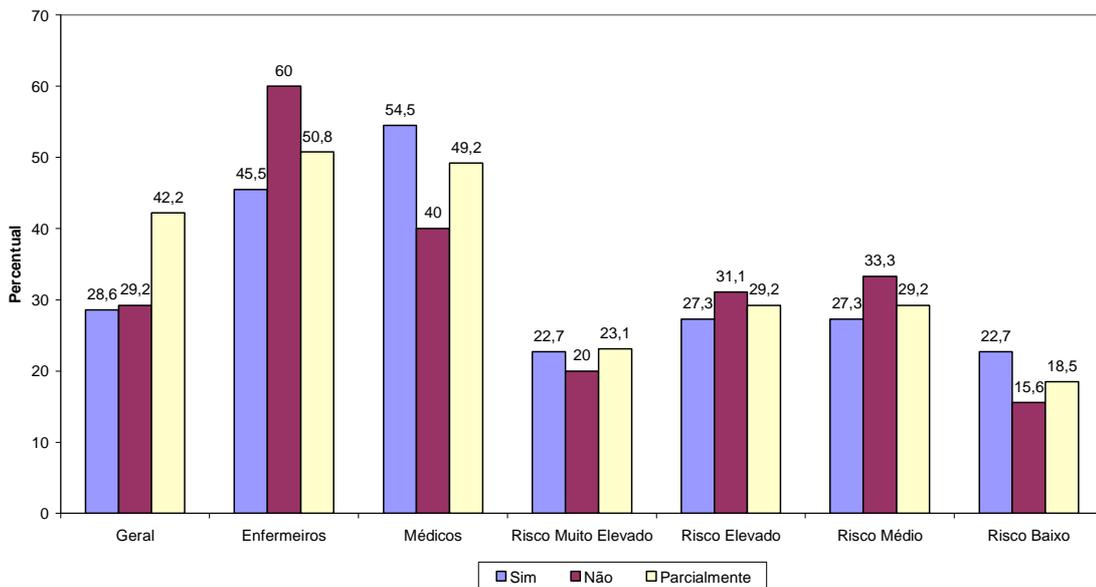


GRÁFICO 12: Sentimento de segurança dos enfermeiros e médicos para desenvolver o trabalho no PSF, segundo tipo de risco dos centros de saúde
Fonte: *Survey* da autora / 2007.

Quando foi avaliado o sentimento de segurança para o desenvolvimento de visitas domiciliares pelos profissionais, o que significa a percepção de segurança quando o trabalho era desenvolvido fora do centro de saúde, observou-se que o sentimento de insegurança era maior do que para o desenvolvimento de atividades no próprio centro de saúde.

Os dados demonstraram, também, que os enfermeiros foram os que mais registraram insegurança e os médicos os que mais relataram segurança, assim como na situação anterior. Tal fato pode ser justificado por serem os enfermeiros os que mais realizam visitas domiciliares quando comparados ao grupo de médicos e excluídos os demais profissionais que compõem a equipe do PSF.

Na avaliação por tipo de risco dos centros de saúde, notou-se que nos centros de saúde com risco mais elevado existia maior percepção de insegurança para realização de visitas domiciliares, o que não aconteceu nos centros de saúde de risco médio e baixo.

Buscando um dado objetivo que pudesse compor a visão sobre o sentimento de segurança para o desenvolvimento do trabalho, foi questionada a ocorrência de algum tipo de violência, seja física, verbal, ameaça e/ou outros.

Sobre essa ocorrência, seja no ambiente de trabalho ou na comunidade, a maioria dos profissionais registrou que já sofreu algum tipo de violência (61%). Nesse grupo, a maioria era composta por enfermeiros (59,6%).

No que diz respeito à estratificação por tipo de risco dos centros de saúde, percebeu-se que nos centros de saúde de baixo risco, a violência ocorreu de forma menor, quando comparada às ocorrências nos demais tipos de riscos, ainda que estivesse presente.

Chamam a atenção, em especial, os dados relativos aos casos de violência nos centros de saúde classificados como de risco elevado e médio, que concentraram a maioria dos casos de violência, o que pode ser visualizado no GRÁFICO 13.

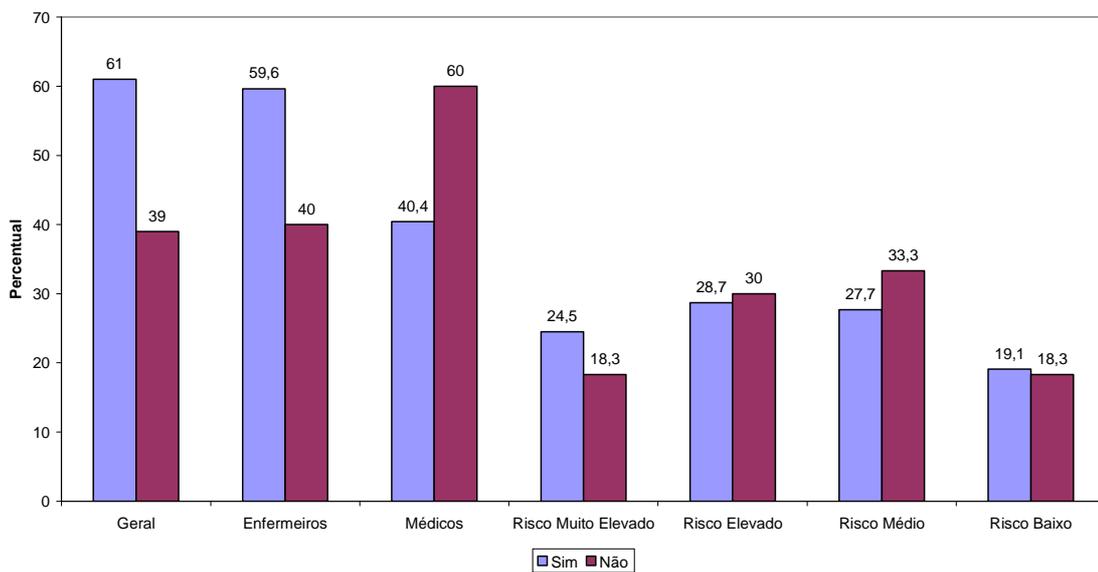


GRÁFICO 13: Ocorrência de violência (física, verbal, ameaça e outros) no ambiente de trabalho ou na comunidade em que trabalha, segundo categoria profissional ou tipo de risco dos centros de saúde

Fonte: *Survey* da autora / 2007.

3.10 Síntese

Objetivando a visão sintética dos principais aspectos abordados ao longo deste capítulo, ainda que seja necessário ponderar sobre as limitações dos breves textos e o que pode levar à necessidade de recorrência ao conteúdo apresentado, anteriormente, abordam-se, de forma resumida, os principais resultados da coleta de dados realizada.

A apresentação condensada facilita a visualização das principais distinções, por tipo de risco dos centros de saúde e por categoria profissional, contribuindo para a apreensão da caracterização dos referidos eixos; e, ainda, para a identificação da importância da relação trabalho, categorias profissionais e cidade, conforme, também, revisão bibliográfica apresentada.

Ressalta-se a existência de aspectos/situações abordados em que não existiram variações por tipo de risco dos centros de saúde ou por categoria profissional, a saber: autonomia, recursos materiais, espaço para reuniões, espaço para descanso, espaço para guarda de objetos, formas de atualização, participação em eventos, remuneração, estrutura física, fatores físicos, tempo para realização de atividades e impacto da ausência de colegas de trabalho.

Nota-se, diante do exposto, a tendência por padronização nos registros realizados, de aspectos relacionados à organização do processo de trabalho, além dos estruturais e dos relacionais.

Ocorreram, também, registros que identificaram a variabilidade de aspectos a partir da estratificação por risco e, ainda por categoria profissional, esses relacionados, principalmente, ao perfil dos profissionais, aos fatores externos, à estrutura de trabalho e ao sentimento em relação ao trabalho realizado. Os QUADROS 2 e 3 apresentam esse condensado de informações.

| Tipo de Risco | Principais Aspectos Identificados |
|----------------------|--|
| Baixo | Maior média de idade Maior número de mulheres Maior número de casados Maior tempo de formação Maior tempo de permanência no PSF Maior número de profissionais que residem no bairro em que trabalham Maior utilização de carro no deslocamento para o trabalho |

Continua

| | |
|----------------------|---|
| | <p> Maior sensação de segurança para o desenvolvimento do trabalho Menor número de equipes do PSF Menor número de profissionais com ou em pós-graduação e/ou residência Menor número de horas de estudo dedicadas ao PSF Menor participação em congressos, seminários e outros Menor número de consultas e/ou atendimentos por hora Menor número de profissionais com outros vínculos Menor disponibilidade de consultórios Menor participação em grupos, associações e similares, relativos ao PSF Menor número de profissionais com histórico de ocorrências de violência Menor número de registros de interesse em deixar o centro de saúde Inexistência de registros de frustração com o trabalho </p> |
| Médio | <p> Maior tempo de permanência no PSF Maior número de registros de frustração com o trabalho Menor participação em congressos, seminários e outros </p> |
| Elevado | <p> Maior número de profissionais com contratos temporários Maior número de profissionais formados em outras cidades Maior número de consultas e/ou atendimentos por hora Maior número de profissionais com histórico de ocorrências de violência </p> |
| Muito Elevado | <p> Maior número de solteiros Maior número de homens Maior número de profissionais formados em outras cidades Maior número de profissionais com ampla jornada de trabalho remunerada Maior número de consultas e/ou atendimentos por hora Maior número de livros lidos, relativos ao PSF Maior insegurança para realização de visitas domiciliares </p> |
| Tipo de Risco | Principais Aspectos Identificados |
| Muito Elevado | <p> Maior número de horas de estudo dedicadas ao PSF Maior insuficiência de tempo para realização do trabalho Maior número de casos em que ocorreram mais de 04 afastamentos por licença saúde Menor disponibilidade dos profissionais para a pesquisa Menor inclusão dos colegas nas atividades do tempo livre Menor número de profissionais que residem no bairro em que trabalham </p> |

QUADRO 2: Características gerais por tipo de risco dos centros de saúde

Fonte: *Survey* da autora.

| Categorias Profissionais | Principais Aspectos Identificados |
|---------------------------------|---|
| Enfermeiros | <p> Maior média de idade Maior número de mulheres Maior número de solteiros Maior número de profissionais com contratos temporários Maior tempo de formação Maior número de registros de pós-graduação e/ou residência Maior número de registros de pós-graduação no PSF </p> <p style="text-align: right;">Continua</p> |

| | |
|----------------|---|
| | <p> Maior tempo de permanência no PSF Maior número de livros lidos, relativos ao PSF Maior número de registros de inclusão dos colegas no tempo livre Maior percepção de mobiliários em condições razoáveis Maior percepção de equipamentos em boas condições Maior número de registros de estrutura física incompatível com o trabalho Maior número de registros de intensidade excessiva de trabalho Maior utilização de ônibus no deslocamento para o trabalho Maior sensação de insegurança para o desenvolvimento do trabalho Maior número de profissionais com histórico de ocorrências de violência Maior número de acidentes de trabalho Menor percepção de valorização, pelos colegas, do trabalho realizado Menor disponibilidade de consultórios Totalidade dos profissionais com mestrado Jornada semanal de trabalho, em média, de 43 horas Caracterização menos positiva das relações com a equipe </p> |
| Médicos | <p> Maior número de homens Maior número de casados Maior número de profissionais formados em outras cidades Maior número de registros de residência no PSF Maior número de horas de estudo dedicadas ao PSF Maior participação em congressos, seminários e similares Maior número de profissionais com outros vínculos Maior número de registros de flexibilização na jornada de trabalho Maior utilização de carro próprio no deslocamento para o trabalho Maior número de registros de estrutura física compatível com o trabalho Maior disponibilidade de consultórios Maior percepção de mobiliários em boas condições Maior percepção de equipamentos insuficientes Maior sensação de segurança para o desenvolvimento do trabalho Maior percepção de valorização, pelos colegas, do trabalho realizado Menor número de registros de pós-graduação e/ou residência Menor número de registros de inclusão dos colegas no tempo livre Jornada semanal de trabalho, em média, de 51 horas Caracterização mais positiva das relações com a equipe </p> |

QUADRO 3: Características gerais por categoria profissional

Fonte: *Survey* da autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre a realidade do Programa de Saúde da Família demonstram a existência de pontos positivos na proposta, inclusive em direção à melhoria da organização e gestão do trabalho, mas, também, a permanência de problemas em relação às condições de trabalho, o que foi percebido na realidade da cidade de Belo Horizonte, a partir da percepção dos profissionais enfermeiros e médicos que trabalhavam no Programa, ainda que muitos pontos positivos e avanços, em relação ao cenário nacional e outros cenários locais, tenham sido identificados. “A tarefa é desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediária e micro dimensões” (RIBEIRO *et al.*, 2004 , p. 445).

Diante da necessidade, constante, de desvelamento do cenário do trabalho na saúde e considerando as limitações das fontes disponíveis, realizar pesquisa que se propõe a analisar as condições de trabalho de profissionais de saúde de uma cidade de grande porte, constitui importante contribuição para a ampliação das construções relativas ao trabalho na saúde. A atitude de pesquisa, próxima do cotidiano dos profissionais, pode significar avanço na superação da fragmentação das interpretações e intervenções sobre os problemas vivenciados, em direção a uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde e de proteção aos trabalhadores, percebidos como sujeitos questionadores dos contextos em que se inserem.

Cabe lembrar que não foi realizada análise a partir da totalidade dos serviços organizados a partir da Saúde da Família, nem, tampouco, levantamento a partir de amostra suficiente para traduzir a realidade do conjunto de serviços de Atenção Básica de Belo Horizonte. Entretanto, o número expressivo de serviços e profissionais que participaram, em especial quando comparados a outros estudos realizados, e a representatividade territorial alcançada permitem a identificação de perfil que pode apontar para padrão a ser identificado nos demais serviços.

Ressalta-se, também, que os resultados apresentados foram obtidos a partir da percepção dos profissionais acerca das experiências vividas no cotidiano dos serviços de saúde, relativas às condições de trabalho, o que agrega valor ao estudo realizado na medida em que traduz a percepção dos próprios profissionais, garantindo, ainda que indiretamente, vez e voz aos mesmos; mas que traduz demandas e expectativas distintas, o que não impede a avaliação objetiva das condições de trabalho, a partir, por exemplo, de critérios definidos e observáveis, o que também ocorreu.

Dessa forma, ainda que a percepção sobre o cenário pesquisado seja relevante para o dimensionamento das condições de trabalho no espaço determinado pela pesquisa, seria importante a realização de outros estudos, que agregassem maior objetividade ao levantamento e, ainda, que possibilitassem a abordagem a partir das normas e diretrizes do Programa de Saúde da Família e dos mecanismos que interferem na dinâmica dos setores público e privado.

Sobre a participação dos profissionais cabe reafirmar a satisfação, de forma geral, dos mesmos diante do tema a ser estudado e a expectativa por melhorias nas condições de trabalho, o que foi percebido no momento da coleta de dados, em oportunidades de conversa informal sobre o tema. Neste ponto, ressalta-se a importância da participação e do papel dos profissionais na melhoria das próprias condições de trabalho.

Outro aspecto a ser destacado refere-se à classificação dos serviços de saúde a partir do perfil da população atendida, majoritariamente, sendo necessário esclarecer que ainda que um serviço de saúde atenda, principalmente, população classificada, por exemplo, como de baixo risco, não significa que não atenda, em alguma proporção, população de risco médio, elevado ou muito elevado, o que pode ser facilmente compreendido quando se observa a distribuição populacional na cidade e encontram-se áreas de vilas ou favelas em regiões caracterizadas, principalmente, por população de alta renda. Dessa forma, a classificação proposta pela secretaria municipal e utilizada na pesquisa, a partir do Índice de Vulnerabilidade em Saúde, não permite a determinação de atendimento exclusivo de determinado perfil de população, ainda que direcione para tal.

Diante disso, observou-se distinção mais expressiva dos resultados, na maioria das situações, nos serviços caracterizados como de risco baixo e muito elevado, possivelmente em função do maior distanciamento de características da população atendida nos serviços assim classificados, o que não ocorreu nos serviços de risco médio e elevado, ainda que a especificidade dos mesmos seja importante para a percepção proposta.

Assim, os serviços cujas características estavam em pólos extremos (risco baixo e muito elevado) evidenciaram resultados bastante diferentes daqueles obtidos nos demais e entre eles, o que favorece a identificação da variabilidade de percepções sobre a condição de trabalho, a partir do tipo de risco da população atendida, ainda que, para tal, a distinção tenha sido, no estudo de caso, sobressaltada nos extremos da estratificação. Chama a atenção, ainda, a ocorrência de resultados que evidenciam situações particulares em cada tipo de serviço, o que poderia ser explicado a partir de investigações e análises mais específicas.

Merece ser observado, ainda, que o número de pessoas adscritas às equipes de Saúde da Família variava em cada serviço, ainda que as distinções encontradas, salvo situações isoladas, não tenham sido suficientes para configurarem como fator que pudesse contribuir, a princípio, para a percepção de piores ou melhores condições de trabalho. Entretanto, para uma análise mais aprofundada, em especial de algumas situações evidenciadas, pode ser importante identificar, dentre outros aspectos, se o número de pessoas sob a responsabilidade das equipes não ultrapassava os limites determinados, inclusive pelo Ministério da Saúde.

Sobre as categorias profissionais analisadas, ressalta-se a identificação de situações específicas, considerando-se a distinção das formas de organização do processo de trabalho e das atividades inerentes a cada profissão, que demonstram a percepção acerca de fatores que contribuem para piores condições de trabalho; e, ainda, de forma especial, a identificação, no grupo de enfermeiros, da maioria das situações que contribuem para a percepção negativa sobre a condição de trabalho. Dessa forma, além da necessidade de definição de estratégias que possam contribuir para a melhoria, de forma geral, das condições de trabalho, merece atenção especial a abordagem do tema no que diz respeito aos profissionais enfermeiros.

Outra reflexão possível a partir do estudo realizado é a de que os diferentes setores de atividades de trabalho possuem características peculiares, sendo necessário analisar cada caso de maneira aprofundada e específica, tendo em vista, dentre outros aspectos, o tipo de inserção ocupacional predominante, em cada tempo, e as características dessa. Quando se volta aos anos da década de 1990 e se observa o futuro, notam-se incertezas quanto à continuidade da estratégia de Saúde da Família, de forma geral, e, ainda preocupação quanto ao tipo de vínculo profissional, por exemplo. Entretanto, passados alguns anos, ainda que para algumas localidades e instituições as preocupações citadas sejam realidade, e que muitos e novos desafios se apresentem, muitos foram os avanços obtidos.

Esta reflexão faz-se necessária quando se observa a configuração setorial e ocupacional no Brasil nos anos 90, quando se inicia, também, o Programa de Saúde da Família e, ainda, quando se pensa a configuração atual do trabalho no PSF, inclusive a partir de aspectos como a formação profissional e os investimentos nessa e, também, os motivos pelos quais os profissionais se inserem e permanecem no Programa, dentre outros.

Neste ponto, registra-se, assim como Campos (1997a) a importância da valorização de alguns eixos que podem potencializar o trabalho em saúde, tais como a associação entre autonomia e responsabilidade e a gestão participativa; e a adoção de critérios, diante dos distintos arranjos institucionais, como o de realização profissional e financeira dos trabalhadores. Ainda, segundo Campos (1997a, p. 235) “é necessário reaproximar os

trabalhadores do resultado do seu trabalho”, o que pode ocorrer a partir da utilização de mecanismos que permitam o envolvimento em novas formas de funcionamento institucional, inclusive no cotidiano dos serviços de saúde, o que depende da “possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação/recriação constante de acordos, pactos, projetos coletivos, sempre conjunturais e transitórios, que representem a eterna busca do ideal (necessária à vida, entendemos) mas sem cair na doença idealidade” (SÁ, 1999, p. 256).

Fortalece-se, então, a importância do debate cujo foco seja a possibilidade de organização do processo e da gestão do trabalho, a partir dos locais de trabalho, de forma a possibilitar uma discussão das demandas de maneira democrática, visando associar questões relativas à qualidade do trabalho àquelas relacionadas à saúde no trabalho e inserir os profissionais como sujeitos na situação (LACAZ, 1997).

Dessa forma, atende-se questão abordada por Mattos (1999) onde se aponta que a inserção dos atores do trabalho em saúde se dá mais no processo de trabalho do que no campo político-ideológico. Essa situação impõe desafios para a gestão do trabalho cotidiano das equipes de trabalho enquanto (re)criação de projetos coletivamente sustentados que necessitam estar associados à (re)criação de novos sujeitos sociais defensores de certas crenças e valores.

A abordagem de aspectos relativos ao conceito de organização do processo de trabalho pode ser, também, potente ação de articulação teórico-prática na identificação de transformações a serem introduzidas nos serviços de saúde para a melhoria das condições de trabalho, assim como, especificamente, o processo de trabalho de gerência da produção de serviços, considerado instrumento potente para a efetivação de políticas públicas (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1994).

A discussão sobre o trabalho na saúde, em especial o aprofundamento sobre aspectos relacionados à condição de trabalho, implica a compreensão e a articulação de dimensões como a da organização das práticas, das experiências cotidianas, das formas de articulação entre os planos coletivos e individuais de trabalho, dos espaços e das circunstâncias em que o trabalho é realizado, sob o pano de fundo do mundo do trabalho e da organização das cidades, em toda a sua dinâmica.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marize Barros de; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

ASSUNCAO, A. Ada. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

BARROS S. M. P. F. *et al.* Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS com ênfase na enfermagem. São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília/DF, v. 44, n.1, p. 7-9. 1991.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para a organização da Atenção Básica na Rede Municipal**. 2003 (www.pbh.gov.br).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**. 2005 (www.pbh.gov.br).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **A atenção básica de saúde em Belo Horizonte**: recomendações para a organização local. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de BH, 2006. p. 172

BERTONCINI, H. Judite. **Da intenção ao gesto** – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. 2000. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Apresenta informações sobre o Programa de Saúde da Família e de apoio à tomada de decisões gerenciais**. Disponível em <http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_faq.php>. Acesso em: 06 jan. 2009

BORBA, P. C. **Saúde da Família**: um pouco de história. Fortaleza, 1998. 5 p. Mimeo.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. 2003.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001. **Diário oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002. **Diário oficial da União**, Brasília, 27 fev. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **SUS: avanços e desafios**. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 72 p.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

BRITO, Jussara Cruz de. 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. 01. 2000, p. 195-204.

BRUSCHINI, Cristina. Gênero e trabalho no Brasil. In: ROCHA, M. I. B. (Org.). **Trabalho e gênero: Mudanças perspectivas e desafios**. Campinas/SP: 34. 2000, Thedim-Costa CAMPOS, Souza G. Wagner de. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 1997c. 220 p.

CAMPOS, Souza G. Wagner de. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 29-87.

CAMPOS, Souza G. Wagner de. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 229-266.

CAMPOS, GWS; MERHY EE; NUNES ED. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da família em São Paulo. **Revista Estudos Avançados**. São Paulo, n. 35, p. 89-90, jan./abr. 1999.

CARDOSO JUNIOR, José Celso. **Estrutura Setorial-Ocupacional do Emprego no Brasil e Evolução do Perfil Distributivo nos Anos 90**. Rio de Janeiro: IPEA. 1999.

CARDOSO, S. Lídia. Trabalho bancário, sofrimento psíquico e identidade profissional. In: SILVA FILHO, J. F., JARDIM, S. (Org). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997. p. 139-146

CARVALHO, R. Sérgio. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. 183 p.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998. 611 p.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede. A era da Informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 620 p.

COMUNICAÇÃO em Saúde. **Revista Radis**. Rio de Janeiro, n. 23, jul. 2004.

COSTA, R. C. André *et al.* Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília/DF, n. 54, 2000, p. 127-130.

COSTA, S. Márcia. O sistema de Relações de Trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo**, v. 20, n. 59, 2005, p. 111-131.

DADOS referentes às Regionais Administrativas e Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte. Belo Horizonte: **Portal da Prefeitura de Belo Horizonte**. 2000. Disponível em <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade>>. Acesso em: 07 jan. 2009.

DADOS referentes à saúde no Brasil, dentre elas a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: **Portal do Ministério da Saúde**. 2003. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 03 jan. 2009

DEJOURS, Christophe. **Loucura do Trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1987. Trad. Ana Isabel Paraguai e Lúcia Leal Ferreira.

DEJOURS, Christophe *et al.* **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Djouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DONNÂNGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975. 255 p.

DUPAS, Gilberto. **Economia Global e Exclusão Social**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto/SP, v. 14, n. 4. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 12 abr. 2008.

FERNANDES, Aliana *et al.* **O fio que une as pedras: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação**. São Paulo: EDEP/UEPB, 2002.

FRIEDRICH, C. B. Denise; PIERANTON, Célia Regina. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis- Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2006, p. 83-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

GOMEZ, M. Carlos; THEDIM-COSTA, F. Sonia Maria da. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. 1997, p. 21-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

GOMEZ, M. Carlos; THEDIM-COSTA, F. Sonia Maria da. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 1-3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, C. Francisco Antonio de. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4. 2005, p. 797-807. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

GOMES, J. M. Leonardo. Belo Horizonte: a Cidade Descrita – Documentos de uma História Urbana. **Anuário Estatístico de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: PBH. 2000. Disponível em: <www.pbh.gov.br>.

GONÇALVES, M. Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos Sefor**. São Paulo. 1992. 53 p.

HACKMAN, JR.; OLDFAN, GR. Development of job diagnostic *survey*. **Journal of Applied Psychology**. 1975.

JARDIM, R. Silvia. O Trabalho e a Construção do Sujeito. In: SILVA FILHO, F. João da; JARDIM, R. Silvia. (Org.). **A Danação do Trabalho: Organização do Trabalho e Sofrimento Psíquico**, v. 1, Belo Horizonte: Te Corá, 1997, p. 79-87.

KANTORSKI, P. Luciane. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde - algumas reflexões preliminares. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto/SP, v. 5, n. 2. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

LACAZ, C. Francisco Antonio de. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. 1997, p. 7-19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

LACAZ, C. Francisco Antonio de. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. 2000, p. 151-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 13 maio 2008.

LAURELL, A. Cristina; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde – Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LOCKE, Edwin A. What is job satisfaction? **Organiz Behav Human Perform**, n. 4. 1969, p. 309-36.

LOPES, Marta Julia. O sexo do hospital. In: LOPES, Marta Julia; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Org.). v. 1. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 76-105.

MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MACHADO C. C. Indicadores Sócio-Demográficos: Belo Horizonte e Região Metropolitana. **Anuário Estatístico de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: PBH. 2003. Disponível em: <www.pbh.gov.br>.

MACHADO, Maria Helena. La mujer y el mercado de trabajo em el sector de la salud en las Américas. Hegemonia feminina? In: GÓMEZ, Gómez, Elsa. **Genero, mujer e salud; en las Ameritas**. Washington: Publicação Científica. 1993, p. 277-285.

MACHADO, Maria Helena. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. **Divulgação**, v. 14. 1996, p. 44-47.

MACHADO, MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**, Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997, 245 p.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MARTINEZ, Maria Carmen *et al.* Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 1, 2004. p. 55–61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

MATTOS, A. Ruben. Em busca de novos projetos coletivos. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 4.1999, p. 250-252.

MEDEIROS, Soraya Maria; ROCHA, M. M. Semíramis. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004. p. 399-408.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos Sefor** 1. 1992.

MENDES, V. Eugênio. **Uma Agenda para a Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, René. Subsídios para um debate em torno da revisão atual do modelo de organização da saúde ocupacional no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 16, n. 64. 1988. p. 7-25.

MENDES, René. Produção Científica brasileira sobre saúde e trabalho publicada na forma de dissertação de mestrado e teses de doutorado, 1950-2002. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2. Out-Dez 2003, p. 87-118.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação . **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. 2003.

MINAYO, S. Maria Cecília de. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. **Revista e aprimorada**. São Paulo: Hucitec, 2006. 393p.

MORIN, M. Estelle. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 41, n. 3. jul./set. 2001, p.1-19.

NEVES, A. Magda de. Reestruturação Produtiva, Qualificação e Relações de Gênero. In: ROCHA, M.I.B. (Org.). **Trabalho e Gênero – Mudanças, Permanências e Desafios**. São Paulo: 34. 2000, p. 171-185

NOGUEIRA, P. Roberto. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1983. **Educacion Medica y Salud**, v. 20, n. 3. 1986, p. 355-349.

NOGUEIRA, P. Roberto; BARALDI, Solange; RODRIGUES, A. Valdemar de. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, R. Falcão do André (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/mercado_de_trabalho_p.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2009.

OFFE, Claus. **Trabalho e sociedade**. Rios de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.

OLIVEIRA, M. Elaine; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n. 4, 2006. Apresentado no 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Gramado, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

OLIVEIRA, R. Sidinei *et al.* Buscando o sentido do trabalho [CD-ROM]. In: **Anais do XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**. Porto Alegre/RS: ANPAD. 2004, p. 283.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. UNICEF/ OMS. Brasil, 1979.

PENNA, Cláudia. M. M. **Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro**. Florianópolis, v. 16, jan-mar. 2007, p. 80-8. Texto Contexto Enferm.

PIRES, Denise. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 1994.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília/DF, v.53. 2000, p. 251-63

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

RIBEIRO, E. M. *et al.* A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em 12 dez 08.

SÁ, Colognesi Marcela. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções?. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 4. 1999, p. 255-8.

SANTOS, S. Boaventura de. Reinventar a democracia: entre o pré contratualismo e o pós contratualismo. In: HELLER, A. *et al.* **A crise dos paradigmas em ciências sócias e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto. 1999. p. 33-75

SATO, Leny; BERNARDO, H. Márcia. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4. out.-dez. 2005, p. 869-878. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

SCHRAIBER, B. Lilia. **O médico e o seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 245 p.

SCHRAIBER, B. Lilia *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 221-61
Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 jul. 2008

SELIGMANN-SILVA, Edith. Saúde Mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2. 1997, p. 95-110

SOBRINHO, C. L. N.; CARVALHO, F. M.; NASCIMENTO, M. A. Transformações na Organização do Trabalho Médico no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.23, n. 1, jan/jun 2004, p. 78-90.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília/DF, v. 53. 2000, p. 7-16.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n. 6, 2002, p. 10-15

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TEIXEIRA, O. Márcia de. O trabalho e a pesquisa em saúde: notas sobre a invisibilidade do trabalho técnico. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3. jul.-set. 2004, 785-794. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

TELLES, S. Vera da. Mutações do trabalho e experiência urbana. **Tempo Social – Revista de Sociologia**. São Paulo, v. 18, n. 1.2006, p. 173-195

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

TRIVIÑOS, Ans. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VEZINA, Michel. **Work-related psychological disorders**: alternative approaches. Quebec. 1998 (Mimeo).

VIEIRA, S. Ana Luiza; AMANCIO FILHO, Antenor; OLIVEIRA, S. Eliane. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto/SP, v. 12, n. 1. 2004, p. 134-138.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

VOLKOFF, Serge. O Tempo, a Saúde, a Seleção: Três Questões Relativas aos “Modelos Japoneses”. In: HIRATA (Org). **Sobre o Modelo Japonês** - Automatização, Novas Formas de Organização e de Relações de Trabalho. São Paulo: Edusp, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra, 1946.

WUNSCH FILHO, Victor. Perfil epidemiológico dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. São Paulo, n. 2, v. 2, 2004, p. 103-117.

WUNSCH FILHO, Victor. **Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil**. São Paulo, 1998. 21 p. + anexos. (Mimeo)

YIN, Robert. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre “As condições de trabalho dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: um olhar para a realidade do município de Belo Horizonte”, e foi selecionado por ser enfermeiro (a) ou médico (a) que trabalha no Programa de Saúde da Família, ou por ser gerente de unidade básica de saúde da SMS/BH, onde será desenvolvida a pesquisa.

O objetivo geral deste estudo é Identificar as condições de trabalho dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família do município de Belo Horizonte. De forma geral, os trabalhos existentes na literatura científica, apontam para a importância dos estudos relativos à saúde e ao trabalho, na medida em que vem crescendo o número de postos de trabalho no setor saúde, dentre outros.

Diante da necessidade, constante, de desvelamento do cenário do trabalho na saúde e considerando as limitações das fontes disponíveis, realizar pesquisa que se propõe a associar metodologia quantitativa e qualitativa para a análise das condições de trabalho de profissionais de saúde de uma cidade de grande porte, constitui importante contribuição para a ampliação das construções relativas ao trabalho na saúde. Cabe ressaltar que não é proposta desta pesquisa a ampla avaliação do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. A pesquisadora procurará evitar que você seja exposto a riscos ou prejuízos de qualquer natureza, ainda que estes sejam mínimos.

A primeira etapa da pesquisa será feita através de questionário, sendo que alguns serviços e profissionais serão convidados a participar de etapa subsequente, onde serão realizadas entrevistas que serão gravadas. A aplicação do questionário e a entrevista serão realizadas individualmente, em local reservado. Você poderá ou não ser convidado a participar da etapa de entrevistas.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre a sua participação. As declarações obtidas poderão ser utilizadas em veículos de divulgação científica e, também, no documento final da pesquisa de mestrado, mas será garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade. O material resultante da coleta de dados (questionários, fitas, transcrições) será arquivado, após o término da pesquisa, para fins de segurança e proteção dos entrevistados e da pesquisadora, por período máximo de 5 anos,

em ambiente privado, sob a responsabilidade da pesquisadora. Após este prazo, o material será incinerado.

Embora a informação coletada nesta pesquisa não possa trazer benefícios imediatos e diretos, espera-se poder contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o assunto, bem como para a elaboração de propostas que viabilizem melhorias deste serviço, através de mudanças no processo de trabalho.

Você está recebendo cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, assim como o endereço e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/BH e o nome e contato da coordenadora do Comitê de Ética da PUC Minas, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Diante do exposto, eu: _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2007.

Assinatura: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Versão do Participante

Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre “As condições de trabalho dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: um olhar para a realidade do município de Belo Horizonte”, e foi selecionado por ser enfermeiro (a) ou médico (a) que trabalha no Programa de Saúde da Família, ou por ser gerente de Unidade Básica de saúde da SMS/BH, onde será desenvolvida a pesquisa.

O objetivo geral deste estudo é Identificar as condições de trabalho dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família do município de Belo Horizonte. De forma geral, os trabalhos existentes na literatura científica, apontam para a importância dos estudos relativos à saúde e ao trabalho, na medida em que vem crescendo o número de postos de trabalho no setor saúde, dentre outros.

Diante da necessidade, constante, de desvelamento do cenário do trabalho na saúde e considerando as limitações das fontes disponíveis, realizar pesquisa que se propõe a associar metodologia quantitativa e qualitativa para a análise das condições de trabalho de profissionais de saúde de uma cidade de grande porte, constitui importante contribuição para a ampliação das construções relativas ao trabalho na saúde. Cabe ressaltar que não é proposta desta pesquisa a ampla avaliação do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. A pesquisadora procurará evitar que você seja exposto a riscos ou prejuízos de qualquer natureza, ainda que estes sejam mínimos.

A primeira etapa da pesquisa será feita através de questionário, sendo que alguns serviços e profissionais serão convidados a participar de etapa subsequente, onde serão realizadas entrevistas que serão gravadas. A aplicação do questionário e a entrevista serão realizadas individualmente, em local reservado. Você poderá ou não ser convidado a participar da etapa de entrevistas.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre a sua participação. As declarações obtidas poderão ser utilizadas em veículos de divulgação científica e, também, no documento final da pesquisa de mestrado, mas será garantido o seu anonimato e assegurada a sua privacidade. O material resultante da coleta de dados (questionários, fitas, transcrições) será arquivado, após o término da pesquisa, para fins de segurança e proteção dos entrevistados e da pesquisadora, por período máximo de 5 anos, em ambiente privado, sob a responsabilidade da pesquisadora. Após este prazo, o material será incinerado.

Embora a informação coletada nesta pesquisa não possa trazer benefícios imediatos e diretos, espera-se poder contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o assunto, bem como para a elaboração de propostas que viabilizem melhorias deste serviço, através de mudanças no processo de trabalho.

Em caso de dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação poderá ser realizado contato com a pesquisadora responsável, através do endereço: Rua dos Andes, 88 – Prado, por e-mail: vivianebarroso@uol.com.br ou telefone: 31-87091516. Também poderão ser consultados o Comitê de Ética da SMS/BH no endereço: Avenida Afonso Pena – 2336 - 9º andar ou pelo telefone: 31-32778222; e o Comitê de Ética da PUC Minas através de sua coordenadora, Prof.^a Maria Beatriz Rios Ricci, pelo telefone: 31-33194517.

Assinatura da Pesquisadora Responsável: Viviane Gonçalves Barroso

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2007

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

Este questionário é um dos instrumentos de coleta de dados da pesquisa “As condições de trabalho dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família: um olhar para a realidade do município de Belo Horizonte”. O objetivo geral da pesquisa é identificar as condições de trabalho dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família do município de Belo Horizonte.

Sua participação é muito importante. Procure responder as perguntas de forma individual e independente. A veracidade de suas respostas é fundamental para o alcance do objetivo. As informações obtidas serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre a sua participação. Em cada questão marque a resposta conforme especificado e de acordo com as suas percepções. Os dados serão tratados estatisticamente. Agradeço pela valiosa contribuição.

A - Caracterização Geral do Profissional

1. Qual é a sua ocupação? (marque apenas 1 opção)

Enfermeiro do PSF

Médico do PSF

2. Qual é o seu sexo? (marque apenas 1 opção)

Feminino

Masculino

3. Em qual faixa etária a sua idade se encontra? (marque apenas 1 opção)

Entre 21 e 25 anos

Entre 26 e 30 anos

Entre 31 e 35 anos

Entre 36 e 40 anos

Mais de 40 anos

4. Qual é o seu estado civil? (marque apenas 1 opção)

Solteiro

Casado

Separado/Desquitado/Divorciado

Viúvo

Outro

5. Qual é o seu tempo de formado? (marque apenas 1 opção)

Menos de 1 ano

Entre 1 e 2 anos

Entre 3 e 5 anos

Entre 6 e 10 anos

Mais de 10 anos

6. Em que cidade realizou curso superior em enfermagem ou medicina? (apenas 1 opção)

Belo Horizonte

Outras cidades do Estado de Minas Gerais

Outras cidades brasileiras

Cidade do exterior

7. Você possui outro diploma de curso superior? (marque apenas 1 opção)

Sim

Não

8. Você fez ou faz curso de Pós-Graduação? (marque 1 ou mais opções)

Especialização

Mestrado

Doutorado

Cursando Especialização

Cursando Mestrado

Cursando Doutorado

Não fiz Pós-Graduação

Pretendo fazer Pós-Graduação em curto prazo (em até 2 anos)

9. Você fez ou faz curso de Pós-Graduação em Saúde da Família: (marque apenas 1 opção)

- a) Pós-Graduação em Saúde da Família concluída
- b) Cursando Pós-Graduação em Saúde da Família
- c) Não se aplica (esta opção deverá ser marcada se a resposta da questão anterior for “Não fiz Pós Graduação” ou “Pretendo fazer Pós-Graduação em curto prazo”)

10. Qual(is) a(s) forma(s) de atualização que você utiliza? (marque 1 ou mais opções)

- a) Livros
- b) Artigos
- c) Grupos de Estudo
- d) Congressos Regionais
- e) Congressos Nacionais
- f) Congressos Internacionais
- g) Não me atualizo

11. Qual é a quantidade de livros não relacionados ao trabalho que você leu nos últimos 12 meses? (marque apenas 1 opção)

- a) Mais de 10
- b) Entre seis e nove
- c) Entre três e cinco
- d) No máximo dois
- e) Nenhum

12. Qual é o seu conhecimento de línguas? (marque 1 opção para cada língua e, se for o caso, para outra a ser especificada)

| Escala de Conhecimento | a) Inglês | b) Espanhol | c) Francês | d) Outra. Qual? _____ |
|--|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1- Leio, escrevo e falo bem. | () | () | () | () |
| 2- Leio, escrevo e falo razoavelmente. | () | () | () | () |
| 3- Leio e escrevo, mas não falo. | () | () | () | () |
| 4- Leio, mas não escrevo nem falo. | () | () | () | () |
| 5- Leio, falo e não escrevo. | () | () | () | () |
| 6- Praticamente nulo. | () | () | () | () |
| 7- Nulo. | () | () | () | () |

13. Qual é a sua frequência de utilização do computador? (marque 1 opção para dada categoria identificada)

| Categories de Utilização | a) Sempre. | b) Muitas vezes | c) Às vezes. | d) Raramente | e) Nunca. |
|---|---------------|-----------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 1- Frequência com que você utiliza microcomputador | () | () | () | () | () |
| 2- Frequência de utilização do microcomputador para entretenimento | () | () | () | () | () |
| 3- Frequência de utilização do microcomputador para trabalhos escolares | () | () | () | () | () |
| 4- Frequência de utilização do microcomputador para trabalhos profissionais | () | () | () | () | () |
| 5- Frequência de utilização do microcomputador para comunicação (e-mail) | () | () | () | () | () |
| 6- Frequência de acesso à Internet | () | () | () | () | () |

14. Qual é a sua frequência média de participação em eventos (congressos, jornadas, seminários e outros)? (marque apenas 1 opção)

Mais de 1 por ano

1 por ano

1 a cada 2 anos

1 a cada 3 a 5 anos

Participo eventualmente

Não participo de eventos

15. Com que regularidade você estuda? (marque apenas 1 opção)

Até duas horas por semana

Três a dez horas por semana

Mais de dez horas por semana

Não estudo regularmente

16. Que atividades você realiza no seu tempo livre? (marque, no máximo, 5 opções, ordenando de forma que a opção predominante seja a 1 e a menos realizada seja a 5)

- a) () Estudar
- b) () Ler
- c) () Ir ao clube
- d) () Caminhar/Correr
- e) () Praticar esportes como Futebol, Voleibol e outros
- f) () Ir à academia
- g) () Cuidar do(s) filho(s)
- h) () Assistir televisão/Ouvir música
- i) () Ir a bares e restaurantes
- j) () Visitar familiares e amigos
- k) () Colocar o trabalho em dia

17. As atividades realizadas no seu tempo livre incluem colegas de trabalho?

(marque apenas 1 opção)

- a) Muitas vezes
- b) Algumas vezes
- c) Poucas vezes
- d) Nunca

18. Você é membro da Sociedade Mineira de Medicina de Família e Comunidade:

(marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

19. Você participa de ativamente de grupos, associações, comitês e similares ligados à sua atuação profissional? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

B - Caracterização Geral do Trabalho

20. Qual é o seu tempo de atuação no Programa de Saúde da Família? (marque apenas 1 opção e registre o tempo de atuação considerando o trabalho em outras localidades, além do município de Belo Horizonte, se for o caso)

- a) Menos de 6 meses
- b) Entre 6 e 11 meses
- b) de 12 a 24 meses
- c) De 25 a 36 meses
- d) Mais de 37 meses

21. Qual é o seu tempo de atuação no Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte? (marque apenas 1 opção)

- a) Menos de 6 meses
- b) Entre 6 e 11 meses
- b) de 12 a 24 meses
- c) De 25 a 36 meses
- d) Mais de 37 meses

22. Qual é o seu tempo de atuação na atual equipe de Saúde da Família? (marque apenas 1 opção)

- a) Menos de 6 meses
- b) Entre 6 e 11 meses
- b) de 12 a 24 meses
- c) De 25 a 36 meses
- d) Mais de 37 meses

23. Qual é o número de equipes em que você já trabalhou em Belo Horizonte? (marque apenas 1 opção)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) Mais de 3

24. Você possui outro(s) vínculo(s) de trabalho na SMS de Belo Horizonte?

(marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

25. Você possui outro(s) vínculo(s) de trabalho no mercado? (marque apenas 1 opção e considere o trabalho realizado fora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte)

- a) Sim
- b) Não

26. Qual a carga horária aproximada da sua(s) atividade(s) de trabalho remunerada(s)? (marque apenas 1 opção e considere todos os vínculos de trabalho que possuir e atividades extras que resultem em remuneração)

- a) Menos de 20 horas semanais
- b) Mais de 20 horas semanais e menos de 40 horas semanais.
- c) 40 horas semanais
- d) Mais de 40 horas semanais

27. Existe flexibilização da sua jornada de trabalho no Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim - Descreva:

-
- b) Não

28. Qual é a sua renda salarial mensal? (salário mínimo referência = R\$380,00)
(marque apenas 1 opção e considere todos os vínculos de trabalho que possuir além de atividades extras que resultem em remuneração)

- a) De 6 a 10 salários mínimos
- b) De 11 a 15 salários mínimos
- c) De 16 a 20 salários mínimos
- d) Mais de 20 salários mínimos

29. Que benefícios adicionais ao salário você recebe por atuar no PSF de Belo Horizonte? (marque 1 ou mais opções)

- a) Auxílio moradia
- b) Cesta alimentação
- c) Vale-refeição
- d) Vale-transporte
- e) Assistência médica privada – Descreva qual:

f) Outros – Descreva:

g) Não recebo benefícios adicionais

30. Você considera a sua remuneração no Programa de Saúde da Família (salário + benefícios) compatível com as atividades que desenvolve? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

31. Qual a modalidade do seu contrato no Programa de Saúde da Família do município de Belo Horizonte: (marque apenas 1 opção)

- a) Celetista (Carteira assinada)
- b) Estatutário (Concurso público)
- c) RPA (contrato temporário)
- d) Terceirizado
- e) Outro – Especificar:

32. O que melhor descreve a sua situação no momento? (marque apenas 1 opção)

- a) Trabalho e recebo ajuda da família
- b) Trabalho e me sustento
- c) Trabalho e contribuo com o sustento da família
- d) Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família

C - Caracterização do Ambiente/Condição de Trabalho

33. Sobre o seu local de trabalho é possível afirmar: (marque apenas 1 opção e considere o trabalho no PSF)

- a) Moro no mesmo bairro em que trabalho
- b) Moro em bairro próximo ao do trabalho
- c) Moro em bairro distante ao do trabalho

34. O seu deslocamento para o trabalho é feito por: (marque apenas 1 opção, considerando a forma de deslocamento prevalente para o trabalho realizado no PSF, se existir mais de uma)

- a) Veículo próprio
- b) Veículo da prefeitura
- c) Ônibus
- d) Carona com colegas de trabalho e outros
- e) Não utilizo veículo (a pé/bicicleta)

35. Que atividades você realizada na Unidade de Saúde? (marque 1 ou mais opções, ordenando de forma que a opção predominante seja a 1)

- a) Consulta
- b) Grupo Operativo
- c) Pré-Consulta
- d) Acolhimento
- e) Ações Programáticas
- f) Vacinação
- g) Curativo
- h) Micronebulização
- i) Palestras
- j) Atividades na Comunidade
- k) Estudos de Caso
- l) Reuniões de Equipe
- m) Reuniões com Gerência
- n) Reuniões com outros Serviços
- o) Visita Domiciliar
- p) Planejamento
- q) Atividades Administrativas (preenchimento de formulários, fechamento de produção e outros)

r) Outra Especificar:

s) Outra Especificar:

36. A estrutura da Unidade de Saúde em que você trabalha atende às demandas de atendimento? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

37. Você sente segurança para desenvolver o seu trabalho na Unidade de Saúde?

(marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

38. Você sente segurança para realizar visitas domiciliares e atividades na comunidade? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

39. Você já sofreu algum tipo de violência no ambiente de trabalho ou na comunidade em que atua? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

40. Você gostaria de possuir mais segurança para realizar o seu trabalho?

(marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

41. A realização do seu trabalho na Unidade de Saúde sofre a interferência de:

(marque 1 ou mais opções)

- a) Ruído ampliado
- b) Baixa luminosidade
- c) Altas temperaturas
- d) Baixas temperaturas
- e) Pouca ventilação
- f) Limpeza inadequada
- g) Má conservação do imóvel
- h) Nenhuma das opções acima

42. A Unidade de Saúde em que você trabalha possui ambientes que garantam a privacidade do atendimento? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

43. Existe consultório destinado, exclusivamente, ao desenvolvimento de suas atividades? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

44. Sobre a estrutura da Unidade em que trabalha é possível afirmar que:
(marque 1 opção para cada categoria de caracterização)

| Categorias de Caracterização | a) Existente em boas condições | b) Existente em condições razoáveis | c) Existente em condições precárias | e) Não existente em sua maioria |
|---|---|--|--|--|
| 1- Mobiliário (cadeira, mesa, banco giratório, armário, maca) | () | () | () | () |
| 2- Equipamentos (foco de luz, negatoscópio, balança infantil, balança adulto, otoscópio, esfigmomanômetro, estetoscópio, régua antropométrica, fita métrica, Pinar/Sonar) | () | () | () | () |
| 3- Material Didático Pedagógico (folder, banner, cartazes, peças anatômicas, livros, kits diversos) | () | () | () | () |

45. Sobre os materiais necessários ao desenvolvimento das atividades é possível afirmar que: (marque apenas 1 opção e considere os seguintes itens: gaze, seringa, abaixador de língua, esparadrapo, luvas, algodão, agulhas, cateteres, sondas, atadura e outros)

- a) Estão sempre disponíveis
- b) Estão quase sempre disponíveis
- c) Às vezes estão disponíveis
- d) Quase nunca estão disponíveis
- e) Nunca estão disponíveis

46. O espaço de trabalho da Unidade de Saúde é compatível com o número e o tipo de atendimentos realizados? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

47. Existe espaço destinado ao descanso dos profissionais que atuam na Unidade? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

48. Na Unidade existe espaço destinado à realização de reuniões? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim em condições adequadas
- b) Sim em condições inadequadas
- b) Não

49. Na Unidade de Saúde em que trabalha existe a possibilidade de liberação para participação em atividades de aprimoramento? (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre
- b) Frequentemente
- c) Ocasionalmente
- d) Nunca

50. Como se caracteriza, de forma geral, a relação de trabalho dos membros da equipe de Saúde da Família da qual você faz parte? (marque apenas 1 opção e registre a relação predominante)

- a) Cooperativa
- b) Integrada
- c) Competitiva
- d) Solidária
- e) Individualista
- f) Outra: Especificar: _____

51. Como se caracteriza o relacionamento na Unidade em que trabalha? (marque 1 opção para cada categoria de caracterização)

| Categorias de Caracterização | a) Excelente | b) Bom | c) Regular | e) Ruim |
|--|-----------------|-----------|---------------|------------|
| 1- Relacionamento com os membros da equipe de Saúde da Família | () | () | () | () |
| 2- Relacionamento com os demais profissionais da Unidade, com exceção do gerente | () | () | () | () |
| 3- Relacionamento com o gerente da Unidade | () | () | () | () |

52. Existe valorização do trabalho que realiza? (1 opção para cada categoria)

| Categorias de Caracterização | a) Sim | b) Parcialmente | C) Não |
|--|-----------|--------------------|-----------|
| 1- Existe valorização do trabalho que realiza pelos colegas de trabalho da equipe de saúde da família da qual é membro | () | () | () |
| 2- Existe valorização do trabalho que realiza pelos demais profissionais da Unidade, com exceção do gerente | () | () | () |

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| 3- Existe valorização do trabalho que realiza pelo gerente da Unidade | () | () | () |
|---|-----|-----|-----|

53. O planejamento das atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Saúde é realizado pelo conjunto de profissionais do serviço? (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Às vezes
- d) Quase nunca
- e) Nunca

54. Você é convidado a participar dos espaços de reunião da Unidade de Saúde em que trabalha? (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Às vezes
- d) Quase nunca
- e) Nunca

55. Qual é a frequência de participação em discussões acerca dos projetos a serem desenvolvidos na Unidade? (marque 1 opção para cada categoria de participação)

| Categorias de participação | a) Sempre | b) Quase sempre | c) Às vezes | d) Quase nunca | e) Nunca |
|--|--------------|--------------------|----------------|-------------------|-------------|
| 1- Frequência de participações em discussões acerca de projetos da equipe de Saúde da Família da qual é membro | () | () | () | () | () |
| 2- Frequência de participações em discussões acerca de projetos da Unidade de Saúde na qual trabalha | () | () | () | () | () |
| 3- Frequência de participações em discussões acerca de projetos da | () | () | () | () | () |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| comunidade atendida pela Unidade de Saúde na qual trabalha | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

56. Você gostaria de participar mais dos espaços de reunião da Unidade de Saúde em que trabalha? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

57. Existe autonomia para o desenvolvimento do seu trabalho? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Parcialmente
- c) Não

58. São realizadas avaliações que abordam a qualidade do trabalho desenvolvido por você? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim, periodicamente
- b) Sim, esporadicamente
- c) Não

59. As avaliações realizadas incentivam aspectos relacionados à(ao): (1 ou mais opções)

- a) Respeito às normas institucionais
- b) Relacionamento com os colegas
- c) Relacionamento com os usuários/comunidade
- d) Atuação com ética
- e) Atuação com responsabilidade social
- f) Atendimento humanizado
- g) Pensamento reflexivo
- h) Iniciativa
- i) Habilidade técnica
- j) Não se aplica (esta opção deverá ser marcada se a resposta da questão anterior for “Não”)

60. O número de consultas realizadas por hora de trabalho (em média) é: (marque apenas 1 opção)

- a) 2 consultas/hora
- b) 3 consultas/hora
- c) 4 consultas/hora
- d) 6 consultas/hora
- e) mais de 6 consultas/hora

61. Quanto ao volume de trabalho realizado por você é possível dizer que: (marque apenas 1 opção)

- a) O volume é adequado
- b) O volume é reduzido
- c) A volume é excessivo
- d) Existe sobrecarga

62. Quanto à intensidade do trabalho realizado por você é possível dizer que: (marque apenas 1 opção)

- a) A intensidade é adequada
- b) A intensidade é reduzida
- c) A intensidade é excessiva

63. O tempo para realização das atividades de trabalho é: (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre suficiente
- b) Frequentemente suficiente
- c) Ocasionalmente suficiente
- d) Pouco suficiente
- e) Nunca suficiente

64. As responsabilidades assumidas por você para o desenvolvimento do seu trabalho são: (marque apenas 1 opção)

- a) Adequadas
- b) Reduzidas
- c) Demasiadas

65. Você se sente pressionado pelo tempo no qual as atividades devem ser desenvolvidas? (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Às vezes
- d) Quase nunca
- e) Nunca

66. Existe necessidade de realização de tarefas que extrapolam a carga horária prevista de trabalho? (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Às vezes
- d) Quase nunca
- e) Nunca

67. Existe necessidade de realização de tarefas que demandam trabalho fora do ambiente de trabalho? (marque apenas 1 opção)

- a) Sempre
- b) Quase sempre
- c) Às vezes
- d) Quase nunca
- e) Nunca

68. Quando existem colegas em férias ou licença saúde o trabalho é redirecionado para os demais profissionais? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim, totalmente
- b) Sim, parcialmente
- c) Não

69. Quando existem colegas em férias ou licença saúde o trabalho redirecionado aos demais profissionais gera sobrecarga de trabalho? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não

c) Não se aplica (esta opção deverá ser marcada se a resposta da questão anterior for “Não”)

70. Você está satisfeito com o seu trabalho na Unidade de Saúde? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim
- b) Não
- c) Parcialmente

71. Você gostaria de mudar de Unidade de Saúde? (marque apenas 1 opção)

a) Sim. Por quê?

b) Não

72. O seu trabalho é motivo, na maioria das vezes, de: (marque apenas 1 opção)

- a) Satisfação
- b) Frustração

73. Identifique, se for o caso, sintomas que vem sentindo nos últimos 6 meses:
(marque, no máximo, 8 opções, ordenando de forma que a opção predominante seja a 1 e a menos predominante seja a 8)

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| a) () Dor nas pernas | b) () Irritação nos olhos |
| c) () Nariz entupido | d) () Espirros |
| e) () Tonteira | f) () Dor no estômago |
| g) () Insônia | h) () Falta de ar |
| i) () Tosse | j) () Pressão Alta |
| k) () Cansaço Mental | l) () Fraqueza |
| m) () Dor nas costas | n) () Dor nos braços |
| o) () Irritabilidade | p) () Dor de cabeça |
| q) () Ressecamento das mãos | r) () Cansaço físico |
| s) () Sonolência | t) () Falta de apetite |
| u) () Estresse | v) () |

74. Identifique os sentimentos que podem ser associados ao desempenho de sua função na Unidade de Saúde: (marque, no máximo, 5 opções, ordenando de forma que a opção predominante seja a 1 e a menos predominante seja a 5)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| a) () Alegria | b) () Raiva |
| c) () Impotência | d) () Sofrimento |
| e) () Tristeza | f) () Compromisso |
| g) () Poder | h) () Segurança |
| i) () Dúvida | j) () Insegurança |
| k) () Prazer | l) () Solidariedade |
| m) () Contribuição | n) () Doação |
| o) () Realização | p) () Medo |
| q) () Incerteza | r) () Instabilidade |

75. Você já teve doença ocupacional? (relativa ao trabalho desenvolvido na atual Unidade de Saúde) (marque apenas 1 opção)

a) Sim – Qual:

b) Não

76. Você já precisou afastar-se do trabalho na Unidade de Saúde em que trabalha atualmente por motivo de licença saúde? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim 1x
 b) Sim entre 2x e 4x
 c) Sim mais de 4x
 b) Não

Registre o tempo total em meses (se superior a um mês) relativo ao afastamento(s) mencionado(s): _____

77. Você já sofreu acidente de trabalho na Unidade de Saúde em que trabalha atualmente? (marque apenas 1 opção)

- a) Sim 1x
 b) Sim entre 2x e 4x
 c) Sim mais de 4x
 b) Não

Registre o(s) tipo(s) de acidente(s) sofrido(s): _____

78. Dê uma nota (de 0 a 10) para o trabalho desenvolvido pela Unidade de Saúde em que trabalha: (marque apenas 1 opção)

- | | | |
|------|-------|------|
| a) 0 | b) 1 | c) 2 |
| d) 3 | e) 4 | f) 5 |
| g) 6 | h) 7 | i) 8 |
| j) 9 | k) 10 | |

79. Dê uma nota (de 0 a 10) para o trabalho desenvolvido por você: (marque apenas 1 opção)

- | | | |
|------|-------|------|
| a) 0 | b) 1 | c) 2 |
| d) 3 | e) 4 | f) 5 |
| g) 6 | h) 7 | i) 8 |
| j) 9 | k) 10 | |

80. Descreva o que você mais desejaria mudar considerando o contexto ampliado do seu trabalho:

**APENDICE C - IDENTIFICAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE, CONFORME
CLASSIFICAÇÃO POR TIPO DE RISCO.**

| Centros de saúde com maior % de população de risco muito elevado | Centros de saúde com maior % de população de risco elevado | Centros de saúde com maior % de população de risco médio | Centros de saúde com maior % de população de risco baixo |
|---|---|---|---|
| Regional Barreiro | | | |
| Pilar | Independência | Barreiro | Teixeira Dias |
| Regional Centro-Sul | | | |
| Cafezal | Padre Tarcísio | Oswaldo Cruz | Tia Amância |
| Regional Leste | | | |
| Novo Horizonte | Alto Vera Cruz | São Geraldo | Sagrada Família |
| Regional Nordeste | | | |
| Conjunto Paulo VI | Vila Maria | Gentil Gomes | Cidade Ozanan |
| Regional Noroeste | | | |
| São José | Jardim Alvorada | Dom Bosco | Padre Eustáquio |
| Regional Norte | | | |
| Aarão Reis | Jardim Felicidade I | Guarani | Campo Alegre |
| Regional Oeste | | | |
| Vila Leonina | Waldomiro Lobo | Amílcar Viana | Noraldino de Lima |
| Regional Pampulha | | | |
| Itamarati | Confisco | Santa Terezinha | Dom Orione |
| Regional Venda Nova | | | |
| Jardim Leblon | Lagoa | Serra Verde | Andradas |

Fonte: Elaborado pela autora.



Fonte: Acervo da autora



Fonte: Acervo da autora

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](#)