

Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim

WORK SITUATIONS EXPERIENCED BY FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS IN CEARÁ-MIRIM

SITUACIÓN DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN CEARÁ-MIRIM

Erika Simone Galvão Pinto¹, Rejane Maria Paiva de Menezes², Tereza Cristina Scatena Villa³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo descritivo realizado em Ceará-Mirim, Rio Grande do Norte, em 2007. A população constituiu-se de 190 profissionais da ESF, na qual foi aplicada um questionário com questões fechadas. Os resultados apontaram que o conhecimento da área geográfica adstrita pelos profissionais da ESF foi considerado como um aspecto positivo para a realização das atividades executadas por 83,2% dos profissionais, e o número de famílias acompanhadas por equipe foi considerado como uma dificuldade por 40,5%. Em relação às condições de trabalho, 93,2% referiram a presença de profissionais com perfil em saúde pública, e 86,8%, indisponibilidade de equipamentos e instrumentos. Dos profissionais que trabalham exclusivamente na ESF, 74% são agentes comunitários de saúde. O compromisso e a responsabilidade para substituir as práticas tradicionais de assistência devem ser de todos, havendo a necessidade de interação de fatores históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais.

DESCRIPTORIOS

Programa Saúde da Família.
Pessoal de saúde.
Condições de trabalho.
Promoção da saúde.
Enfermagem em saúde pública.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the work situations experienced by Family Health Strategy (FHS) professionals. This descriptive study was performed in Ceará-Mirim, Rio Grande do Norte state, in 2007. The population consisted of 190 FHS professionals, in which a questionnaire with closed-questions was applied. The results showed that 83.2% of the professionals consider that knowing the geographical area under their responsibility is a positive aspect that helps performing their activities, while 40.5% consider the number of families that each team has to follow to be a difficulty. Regarding work conditions, 93.2% reported the presence of professionals with a public health profile and 86.6% reported there is a lack of equipment and instruments. Of professionals who work exclusively with the FHS, 74% are community health agents. The commitment and responsibility to replace the traditional care practices should concern everyone, and there is a need for an interaction between historical, political, social, economic, and cultural factors.

KEY WORDS

Family Health Program.
Health personnel.
Working conditions.
Health promotion.
Public health nursing.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar las condiciones de trabajo experimentadas por los profesionales de Estrategia Salud de la Familia (ESF). Estudio descriptivo, realizado en Ceará-Mirim-RN-Brasil en 2007. La población se constituyó de 190 profesionales de la ESF, en ella se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas. Los resultados demostraron que el conocimiento del área geográfica adscrita por los profesionales de la ESF fue considerada como un aspecto positivo para la realización de las actividades ejecutadas por el 83,2% de los profesionales, y el número de familias acompañadas por equipo como una dificultad por el 40,5%. En relación a las condiciones de trabajo, 93,2% refirieron la presencia de profesionales con perfil de salud pública y 86,8%, indisponibilidad de equipamientos e instrumentos. De los profesionales que trabajan exclusivamente en la ESF, 74% son agentes comunitarios de salud. El compromiso y la responsabilidad para sustituir las prácticas tradicionales de atención deben ser de todos, existiendo la necesidad de interacción de factores históricos, políticos, sociales, económicos y culturales.

DESCRIPTORIOS

Programa de Salud Familiar.
Personal de salud.
Condições de trabalho.
Promoción de la salud.
Enfermería en salud pública.

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. erikasgp@gmail.com ² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente da Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. rejemene@terra.com.br ³ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho dos profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora os elementos da vigilância à saúde, na perspectiva da reorientação do modelo assistencial, à medida que propõe a integração dos momentos distintos do processo saúde-doença.

O enfoque da vigilância à saúde supera a formatação reducionista adotada pelos programas verticais, que não respondeu aos desafios de uma realidade, e propõe, através do reconhecimento do território-processo, identificar, descrever e explicar os macroproblemas de saúde. Para isso faz-se necessário articular um conjunto de operações intersetoriais, destinadas a resolvê-los. Os problemas de saúde devem ser entendidos como a representação social de necessidades sanitárias, derivadas das condições de vida⁽¹⁾.

A intersetorialidade propõe uma unificação do fazer e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade da ação humana. Parte da concepção de que problemas complexos manifestados num território-processo não podem ser enfrentados em uma perspectiva unisetorial⁽¹⁾.

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

A atenção básica de saúde tem sido associada a uma assistência de baixo custo (muito embora envolva tecnologias e pessoal qualificado e também tenha uma exigência de recursos), cuja meta principal é a reestruturação do modelo assistencial de saúde vigente (curativista, hospitalocêntrico) para o modelo centrado na atenção básica⁽²⁾.

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

A precarização do trabalho em saúde é comandada pelas exigências tecnológicas e econômicas da evolução do capitalismo moderno e revela uma fragilidade na concretude da ESF, podendo comprometer sua efetividade. Esses aspectos sinalizam para a prioridade de se propor uma reflexão que objetive ir ao encontro de estratégias que pos-

sam subsidiar a busca da regulamentação definitiva do vínculo empregatício desses profissionais⁽³⁾.

A proposta de trabalho para o serviço da ESF parte da orientação de um padrão de composição de equipe, do perfil dos profissionais desde o seu processo seletivo, da capacitação, dos conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até as características operacionais de supervisão e de avaliação de pessoal⁽⁴⁾.

Em relação à situação das condições de trabalho dos profissionais de saúde, observa-se que, no município de Ceará-Mirim, RN, os profissionais da ESF consideram possuírem uma remuneração insuficiente ao atendimento das suas necessidades pessoais, o que parece contribuir para a busca e a manutenção de outro vínculo empregatício como forma de complementação salarial. Trata-se de uma realidade de saúde presente nesse município, que termina sendo um grande obstáculo para a concretude da ESF. Além dessa problemática, os profissionais da ESF enfrentam o desafio de ter ou não seu contrato de trabalho anual renovado, tendo em vista que, para isso, dependem de seu desempenho profissional e dos interesses político-eleitorais.

Em relação à situação das condições de trabalho dos profissionais de saúde, observa-se que, no município de Ceará-Mirim, RN, os profissionais da ESF consideram possuírem uma remuneração insuficiente...

Diante desse contexto, e de acordo com as dificuldades enfrentadas por esses profissionais, (como as divergências de modalidade contratual, as diferenças de salário e de carga horária diária entre alguns, bem como a não disponibilidade de equipamentos, instrumentos e insumos) este estudo pretende investigar que fatores efetivamente interferem para a consolidação do modelo assistencial da ESF.

OBJETIVO

Geral

Analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Específicos

- Caracterizar os aspectos sócio-demográficos e de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família do município de Ceará – Mirim /RN;
- Verificar as situações de trabalho enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo descritivo realizado no município de Ceará-Mirim, RN, situado na região litorânea, com uma população estimada de 72.228 habitantes⁽⁵⁾ distribuída por 95 comunidades, apresentando como principal atividade econômica a agropecuária, sendo que as terras agricultáveis são predominantemente ocupadas pela cultura da cana-de-açúcar.

A rede física da Secretaria Municipal de Saúde é composta por 01 hospital, 01 centro de saúde e 25 unidades de saúde, cuja capacidade física oferece assistência hospitalar nas áreas de clínica médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e de atendimento de urgência. O setor ambulatorial oferece especialidades médicas.

O município possui 21 equipes de saúde da família, compostas por 21 médicos, 21 enfermeiros, 21 auxiliares de enfermagem e 159 agentes comunitários de saúde (ACS). Em relação à saúde bucal, possui 13 equipes, compostas por 13 odontólogos e 13 auxiliares de consultório dentário (ACD).

A população do estudo foi constituída por 190 profissionais da ESF do município, assim distribuídos: 124 agentes comunitários de saúde, 21 auxiliares de enfermagem, 04 auxiliares de consultório dentário, 15 médicos, 21 enfermeiros e 05 odontólogos. Foram utilizados como critérios de inclusão o cadastramento do profissional no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e a sua aceitação em participar da enquete.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário com questões fechadas, aplicado após a apro-

vação de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), com o protocolo de nº 056-07.

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2007, na área de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família - ou na Secretaria Municipal de Saúde, ficando a escolha do local da entrevista a critério dos profissionais.

Os resultados obtidos foram organizados, categorizados, codificados e digitados em planilha eletrônica. Elaborou-se um banco de dados utilizando o Microsoft Excel para tratamento dos resultados. Esses foram analisados, discutidos e apresentados em forma de tabelas e quadros.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais entrevistados, sendo ao todo: 21 enfermeiros, 15 médicos, 05 odontólogos, 124 ACS, 21 auxiliares de enfermagem e 04 ACD.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sócio demográficas, dos profissionais da ESF - Ceará-Mirim, RN - 2007

Categorias Profissionais	Enfermeiro N=21	Médico N=15	Odontólogo N=5	ACS N=124	Aux de Enfermagem N=21	ACD N=4	Total N=190
Idade Média e Desvio padrão	35,4 ± 7,8	38,9 ± 11,3	28,0 ± 2,1	33,0 ± 6,6	36,5 ± 8,3	27,0 ± 4,1	33,9 ± 7,6
Faixa Salarial	5 salários	10 salários	5 salários	1 salário	1 salário	1 salário	4 salários
Sexo							
Masculino	1	9	1	36	6	0	53
Feminino	20	6	4	88	15	4	137
Estado civil:							
Solteiro	9	7	3	56	9	4	88
Casado	6	8	1	44	8	0	67
União estável	2	0	1	15	1	0	19
Viúvo	0	0	0	5	0	0	5
Desquitado	3	0	0	0	3	0	6
Não responderam	1	0	0	4	0	0	5

Em relação à variável faixa salarial dos entrevistados, a maior referida foi de 10 salários mínimos (correspondente ao profissional médico) seguida pelos enfermeiros e odontólogos, com 5 salários mínimos, cada um. E apresentando a menor faixa salarial, 1 salário mínimo, encontram-se os ACS, o auxiliar de enfermagem e o ACD. Com relação às médias relacionadas à renda, observa-se um distanciamento salarial entre as categorias de nível superior (como acontece entre o médico, o enfermeiro e odontólogo) e as de nível médio.

A remuneração diferenciada para os médicos os atrai para a ESF e isso, na maioria das vezes, não leva em consideração a sua formação profissional generalista, que apresenta uma maior compreensão do indivíduo e do seu processo de adoecer⁽⁶⁾. Por outro lado, identifica-se haver uma desmotivação e/ou a falta de responsabilidade de alguns dos

profissionais que atuam no âmbito do SUS, relacionados aos baixos salários e às precárias condições de trabalho⁽⁷⁾.

Na atualidade, a precarização no trabalho resulta em baixos-salários e na falta de legalização, dentre outros fatores. Isso faz com que o trabalho se transforme em um mecanismo de segregação social e mesmo de exclusão⁽⁸⁾. Percebe-se, então, ser um contra-senso a renda salarial dos profissionais de nível superior, apresentada na Tabela 1.

Com relação à variável sexo, observa-se que a maioria dos profissionais é do gênero feminino em quase todas as categorias profissionais, num total de 137, com exceção dos médicos.

Fatores como expansão e elevação dos níveis de escolaridade e instrução, acrescidos da redução das taxas de

fecundidade, são razões que impulsionaram a mulher para o mercado de trabalho remunerado⁽⁹⁾. Acredita-se também que as mudanças econômicas ocorridas no Brasil, ao longo de décadas passadas, propiciaram a formação de um mercado de trabalho aberto para a mulher, principalmente no setor terciário da economia, fato que permitiu o seu avanço atual para outras instâncias e setores.

Quanto à variável estado civil dos entrevistados, identifica-se a predominância de solteiros, num total de 88 dos profissionais, em relação a 67 dos casados. No que se refere a essa situação demonstrada, observa-se que os jovens têm deixado o casamento para um pouco mais tarde; por

outro lado, outras formas de união têm surgido, entre elas a união estável.

Os dados apresentados no Quadro 1 demonstram que o profissional com maior tempo de serviço na ESF é o ACS (15 anos); também são eles os únicos profissionais que se submeteram a concurso público no município. Por sua vez, o tempo de serviço referido por enfermeiros e médicos não diz respeito apenas ao tempo de serviço do município em questão, mas também aos seus contratos anteriores, algumas vezes em outros municípios, o que justifica o tempo de serviço referido, incluindo a implantação do PACS no município, em 1992, seguido pela ESF, em 2001, e o programa de saúde bucal, em 2005.

Quadro 1 - Distribuição das variáveis tempo de serviço, horas diárias de trabalho e folga semanal dos profissionais da ESF - Ceará-Mirim, RN - 2007

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

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

Considera-se que a rotatividade de profissionais na ESF esteja relacionada à flexibilização do contrato de trabalho e à oferta de empregos no mercado, o que possibilita a escolha por melhores salários⁽¹⁰⁾.

Sobre a variável carga horária diária dos profissionais da ESF, tanto os médicos como os enfermeiros cumprem uma carga horária diária de 6 horas. Já os odontólogos cumprem 5 horas diárias e, por sua vez, os profissionais de nível médio, ACS e auxiliares de enfermagem, cumprem 8 horas diárias de trabalho, enquanto que os ACD trabalham 6 horas. Em relação à folga semanal, os ACS constituem a única categoria na ESF que não possui folga durante a semana.

Sobre essa questão, a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determina para o trabalhador de saúde o cumprimento

de horário integral através de uma jornada semanal de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde⁽¹¹⁾.

De acordo com os resultados evidenciados na Tabela 2 (quanto às facilidades citadas pelos profissionais da ESF), esses indicam que, para 83,2% destes, o conhecimento sobre a área geográfica adscrita constitui-se uma das principais facilidades para o desempenho das suas atividades, seguido por 76,3%, que referiram ser a supervisão e a inspeção dos técnicos da secretaria de saúde uma das facilidades mais citadas. É proposta da ESF o acompanhamento da saúde da população de maneira inter e multidisciplinar, atribuindo à unidade básica de saúde a responsabilidade de forma integral sobre o monitoramento da população residente na área de abrangência⁽¹²⁾.

Tabela 2 - Distribuição das atividades realizadas, segundo a dificuldade ou facilidade enfrentadas pelos profissionais da ESF – Ceará-Mirim, RN - 2007

Atividades realizadas	Dificuldade		Facilidade		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%
Número de famílias acompanhadas	77	40,5	110	57,9	3	1,6
Atividades educativas	75	39,5	111	58,4	4	2,1
Visitas domiciliares	44	23,2	144	75,8	2	1,0
Atendimento por grupos específicos	55	28,9	133	70,0	2	2,6
Conhecimento da população em seu território	23	12,1	158	83,2	9	4,7
Entrega de mapas / estatísticas em tempo hábil	50	26,3	132	69,5	8	4,2
Supervisão e inspeção pelos técnicos da secretaria de saúde	34	17,9	145	76,3	11	5,8

Em relação às dificuldades, 40,5% dos profissionais referem o excessivo número de famílias acompanhadas por equipe como o principal entrave para o efetivo exercício das atividades. Esse resultado sugere a ampliação de cobertura da ESF, que tem como objetivo reorientar a prática assistencial em direção à saúde centrada na família, entendida e percebida mediante o ambiente físico e social⁽¹³⁾. Esse aspecto evidencia cada vez mais a necessidade das equipes serem completas e, com limite máximo considerado de famílias.

De acordo com os resultados da Tabela 3, quanto às facilidades vivenciadas pelos profissionais da ESF, 177 (93,2%) dos entrevistados afirmaram que a presença de profissionais com perfil em saúde pública na equipe tem sido uma das maiores facilidades para desenvolver as ati-

vidades na ESF, seguida por 76,8% dos profissionais que indicaram o entrosamento entre eles como outra importante facilidade no desempenho de seu trabalho. Quanto às dificuldades referidas no dia-a-dia, para 165 (86,8%) dos entrevistados são a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos, seguidas por 158 (83,2%), que apontaram a indisponibilidade de medicamentos. Na perspectiva da organização do trabalho em saúde devem ser incluídos desde os materiais, os equipamentos e os procedimentos, até a gestão dos incidentes⁽¹⁴⁾. A diferença entre o que é previsto e o que é realizado, entre o desejável e o real, precisa ser analisada, pois nas situações de trabalho ocorrem variações frequentes, em decorrência de vários fatores. Dentre eles, vale ressaltar a organização do trabalho, bem como aqueles relacionados às características do trabalhador.

Tabela 3 - Distribuição das condições de trabalho dos profissionais da ESF, segundo a dificuldade ou facilidade - Ceará-Mirim, RN -2007

Condições de trabalho	Dificuldade		Facilidade		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%
Treinamento introdutório	41	21,6	137	72,1	12	6,3
Entrosamento da equipe	40	20,1	146	76,8	4	2,2
Profissionais com perfil em saúde pública na equipe.	9	4,7	177	93,2	4	4,1
Disponibilidade de equipamentos e instrumentos	165	86,8	22	11,6	3	1,6
Disponibilidade de insumos	150	78,9	30	15,8	10	5,3
Disponibilidade de medicamentos	158	83,2	25	13,2	7	3,6
Tempo de permanência dos profissionais na área de atuação	74	38,9	110	57,9	6	3,2
Carga horária dos profissionais	83	43,7	96	50,5	11	5,8
Modalidade de vínculo contratual dos profissionais	128	67,4	53	27,9	9	4,7
Faixa salarial dos profissionais	156	82,1	24	12,6	10	5,3

Com relação à variável piso salarial, 156 (82,1%) profissionais referiram a faixa de salário baixa como um fator de dificuldade, além da diversidade existente entre a carga horária definida para os profissionais da equipe. Nesse aspecto, dentro de uma mesma equipe, a carga horária varia

de 5 a 8 horas diárias. A instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional, tem sido apontada como uma das principais dificuldades do cotidiano desses profissionais⁽¹⁵⁾.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis emprego e local de trabalho, dos profissionais da ESF - Ceará-Mirim, RN, 2007

Categoria	Hospital e ESF		Hospital, ESF e Consultório		ESF e Educação		ESF, Hospital e Educação		ESF e Consultório		ESF		Não responderam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermeiro	8	34,8	0	0,0	2	40,0	1	100	0	0,0	8	6,1	2	8,3
Médico	9	39,1	1	100	0	0,0	0	0,0	1	20,0	3	2,3	1	4,2
Odontólogo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	1,0	0	0,0
ACS	4	17,4	0	0,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	97	74,0	19	79,2
Auxiliar de enfermagem	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	13,6	2	8,3
ACD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0	0	0,0
Total	23	100	1	100	5	100	1	100	5	100	131	100	24	100

Os resultados demonstrados na Tabela 4, referentes aos locais de trabalho por categoria profissional da ESF, indicam que 166 profissionais referem ter outros vínculos e, destes, 23 trabalham em hospital, sendo que 9 (39,1%) são médicos, 8 (34,8%) são enfermeiros, 4 (17,4%) são ACS e 2

(8,7%) são auxiliares de enfermagem. Os odontólogos e os ACD foram os únicos que referiram trabalhar apenas na ESF. Nessa situação, um dos profissionais médicos trabalha em 3 serviços de atendimento em saúde: em hospital, na ESF e em consultório; Outros 5 profissionais da equipe trabalham

na ESF e na educação, sendo eles 3 (60%) ACS e 2 (40%) enfermeiros. Apenas 1 enfermeiro (100%) trabalha na ESF, em hospital e na educação. E ainda mais 5 profissionais, sendo 4 (80%) odontólogos e 1 (20%) médico referiram trabalhar na ESF e em consultório.

Diante desses resultados, pode-se afirmar que a maior proporção dos profissionais que trabalham exclusivamente na ESF corresponde à categoria dos ACS com 97 (74%), seguidos por 1 (1%), dos odontólogos e ainda 2,3% (n=3) dos médicos.

DISCUSSÃO

No modelo assistencial da ESF, observa-se ainda haver diferenças salariais entre os profissionais de saúde, como foi observado neste estudo. A remuneração diferenciada para médicos é uma forma de atraí-los para a ESF, sem levar em consideração, na maioria das vezes, a sua formação de profissional generalista, que lhes possibilita ter uma compreensão global do indivíduo e do processo saúde-doença⁽²⁾. No presente estudo, identifica-se que a remuneração do profissional médico constitui-se o dobro da remuneração dos profissionais enfermeiros e odontólogos.

Com relação ao aspecto da feminização encontrada entre os profissionais da ESF, tais resultados são compatíveis com os de pesquisas de outros autores, que revelam ser a feminização das profissões uma das tendências do trabalho em saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e dos profissionais das equipes de saúde da família⁽¹⁸⁾.

Quanto à variável estado civil, predominaram os solteiros, 88 sujeitos, estando estes de certa forma mais disponíveis para o serviço, enquanto os casados, e, especificamente as mulheres, enfrentam dupla jornada de trabalho. Também tem sido uma tendência da atual sociedade, algumas pessoas optarem pelo não casamento, ou acabarem deixando-o para uma fase mais tardia de suas vidas.

Sobre o maior tempo de serviço na ESF, ser o dos ACS, que possuem 15 anos, pode estar relacionado ao fato de serem esses os únicos profissionais submetidos a concurso público no município. Esse fato explica o aumento do grau de rotatividade dos profissionais de saúde na ESF. Compreende-se ser a rotatividade de profissionais na ESF um fato relacionado à flexibilização do contrato de trabalho e à oferta de empregos, o que possibilita a escolha por melhores salários.

A Portaria nº 648GM, de 28 de março de 2006, determina que os profissionais da ESF cumpram uma carga horária semanal de 40 horas⁽¹¹⁾. Neste estudo, os dados revelaram 1 folga semanal entre os profissionais da ESF, uma negociação interna, além do sábado e do domingo. Os ACS são os únicos da categoria que não possuem folga de segunda a sexta.

Nesse sentido, vê-se que o fato de profissionais odontólogos, médicos, enfermeiros e ACD apresentarem um tempo menor de 8 horas diárias no trabalho não corres-

ponde ao determinado pela portaria nº 648 de 2006, o que pode comprometer o desempenho das atividades da equipe de saúde⁽¹¹⁾.

Ao reportar as dificuldades referidas quando do desempenho das suas atividades, 86,8% dos profissionais indicaram não ter disponibilidade de equipamentos e instrumentos, seguidos por 83,2%, que apontaram a indisponibilidade de medicamentos. Tais resultados parecem indicar que os profissionais da ESF se utilizam pouco dos instrumentos de orientação à comunidade, de alcance coletivo, dirigidos a grupos do território.

Por outro lado, parecem indicar que os mesmos têm suas atividades centradas numa tecnologia dura, disponibilidade de equipamentos e medicamentos e leve-dura, o saber profissional. Contudo reconhecem a importância do perfil profissional em saúde pública para compor a equipe da ESF. A equipe com perfil e formação em saúde pública ou na atenção básica foi mencionada por 93,2% como aspecto facilitador do desenvolvimento das ações desses profissionais que trabalham na ESF.

Reconhece-se que, por se tratar de uma proposta diferenciada de modelo assistencial que parte de uma reformulação de um modelo anterior - curativo-intervencionista para o educativo-preventivo, até então centralizado no que se refere à prestação de serviços à população - é, essencial que haja profissionais qualificados e identificados com os pressupostos que fundamentam a ESF.

Um modelo de assistência produtor do cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades deve operar centralmente a partir das tecnologias leves, inscritas nas relações no momento em que são realizados os atos produtores de saúde e tecnologias leve-duras, as inscritas no conhecimento técnico estruturado⁽¹⁹⁾.

Finalmente, sobre a situação da manutenção do vínculo apenas na ESF, pode-se afirmar que a maior proporção dos profissionais que trabalham exclusivamente na ESF corresponde à categoria dos ACS, com 74%. É possível supor que isso seja consequência da modalidade do vínculo contratual a que está submetida a maioria dos profissionais contratados pelo município, o que os leva, devido à instabilidade no emprego, a buscar outros serviços. Mesmo quando se entende que um contrato de 40 horas de trabalho semanal para os profissionais da ESF⁽¹¹⁾ os impossibilita de ter outros vínculos, percebe-se, neste estudo, que 31% dos profissionais os possuem.

Os ACS são os únicos profissionais que realizaram concurso no município em estudo. Os demais membros da equipe de saúde possuem contratos temporários. A maioria dos profissionais concilia, ou tenta conciliar, ao menos dois vínculos institucionais, o que demanda um permanente movimento de ajuste situacional⁽²⁰⁾.

Embora a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabeleça 40 horas de trabalho semanal para os profissionais

da ESF⁽¹¹⁾, percebeu-se, neste estudo, que 31% dos profissionais possuem outros vínculos, o que vem corroborar os resultados obtidos em estudos realizados em outros municípios, onde a disponibilidade de dedicação exclusiva para a ESF foi de 32,1% de seus profissionais trabalhando em outros locais, ou seja, acumulando atividades profissionais⁽²¹⁾.

Para os autores citados, o mercado e as condições de trabalho variam de hospitais que utilizam alta tecnologia a ambulatorios, ou hospitais com baixa incorporação tecnológica. O vínculo institucional revela outra face perversa do projeto neoliberal: a flexibilização e a precarização do trabalho e das relações trabalhistas. A incorporação do modelo da ESF ao sistema único de saúde necessita de amadurecimento em relação aos recursos disponibilizados⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

A finalidade desta pesquisa foi analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da ESF no sentido de contribuir para a organização dos serviços de saúde no contexto em que realizou-se.

Seus resultados explicitaram que existem alguns determinantes que facilitam o processo de trabalho e, dentre estes, ressaltam-se: o perfil e a formação em saúde pública, o conhecimento da área geográfica adscrita e o entrosamento da equipe pelos profissionais que compõem essa estratégia. Por outro lado, observaram-se algumas divergências de salários entre profissionais de mesmo nível, além de uma carga horária diferenciada dentro da equipe da ESF.

Um aspecto importante a ser considerado e demonstrado pelo estudo refere-se à grande parte dos profissionais que possuem outros vínculos contratuais decorrentes, como sugerem, da instabilidade trabalhista na ESF, razão pela qual a modalidade de vínculo contratual tem sido bastante questionada por eles. A propósito, a existência de

vínculos contratuais temporários leva parte desses profissionais a manterem-se com mais de um vínculo, fato corroborado pelas informações obtidas destes profissionais. Portanto um grande problema gerado pelo trabalho precário, é a vulnerabilidade do vínculo, que expõe o trabalhador a uma subordinação, impossibilitando-o de usufruir plenamente seus direitos trabalhistas.

Outro fator dificultante é a pouca organização desses serviços na realização das atividades desses profissionais. Observa-se a indisponibilidade dos equipamentos, instrumentos e medicamentos, o que também demonstra serem estas atividades centralizadas em tecnologias duras e leve-duras. É certo que, para a realização de qualquer atividade, faz-se necessária a utilização de materiais compatíveis para a sua execução, sendo necessário um planejamento local de atividades e/ ou ações. No entanto, não deixa de ser uma situação questionadora, haja vista que a indisponibilidade das tecnologias duras é uma queixa tão presente em uma modalidade de assistência voltada para ações de prevenção em saúde.

Contudo é importante destacar que há uma necessidade por parte desses mesmos profissionais para incorporar o princípio da vigilância à saúde de maneira que contribua para a reorientação do seu modelo assistencial. O território, os problemas de saúde e da intersectorialidade por eles enfrentados no dia a dia do seu cotidiano de trabalho são pilares que sustentam a prática da vigilância em saúde e não devem ser preteridos em relação a outras atividades.

Assim sendo, deve-se articular um conjunto de operações intersectoriais destinadas a resolver os problemas de saúde da população, imbuídas pelo compromisso e a responsabilidade em substituir as práticas tradicionais de assistência, havendo a necessidade da interação de fatores históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais, relacionados aos gestores, à comunidade e aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde; p. 233-300.
2. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 1998;8(2):11-48.
3. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes; 1998.
4. Silva Junior AG, Mascarenhas MT. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004. p. 241-57.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) [texto na Internet]. Brasília; 2004. [citado 2008 set. 22]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>
6. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2005;15(2):225-64.
7. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública*. 1999;2(1):7-14.
8. Toni M. Visões sobre o trabalho em transformação. *Sociologias*. 2003;5(9):246-86.
9. Bruschini C. *Mulher e trabalho: uma avaliação da década da mulher*. São Paulo: Nobel; 1985.

10. Pinto ESG. Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Natal: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2008 jul. 20]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
12. Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;14(n.esp):777-81.
13. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):533-9.
14. Abrahao JI. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. *Psicol Teor Pesq*. 2000;16(1):49-54.
15. Trad LAB. Programa Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas [resumo]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8 Supl 1:65.
16. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP; 2002. p. 221-56.
17. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
18. Escorel S, Giovanella L, Menconça MH, Magalhães R, Senna M. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
19. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.
20. Rocha AARM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do programa saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface Comum Saúde Educ*. 2005;9(17):303-16.
21. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-8.
22. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):426-33.