

PERFIL DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA CAPITAL DO NORDESTE DO BRASIL

Profile of the Family Health Strategy workers of a Northeast Brazil's capital

Geraldo Eduardo Guedes de Brito¹, Antonio da Cruz Gouveia Mendes²,
Pedro Miguel dos Santos Neto³, Danyelle Nóbrega de Farias⁴

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar trabalhadores de nível superior da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seu trabalho em uma capital do Brasil, por meio de um estudo transversal, com uma amostra aleatória de 342 cirurgiões-dentistas (n=118), enfermeiros (n=127) e médicos (n=97). Os dados foram coletados por meio de um questionário auto-aplicado. Para apresentação dos resultados, foi utilizada a estatística descritiva e inferencial. A maior parte da amostra (83,3%) foi de mulheres, com média de idade de 45,8 anos (dp=13,6) e de 20,4 anos de formação (dp= 13,3). Dos entrevistados, 77,2% cursaram especialização e 9,7%, residência. Mais da metade dos enfermeiros e cirurgiões-dentistas estavam na mesma Equipe Saúde da Família (EqSF) há pelo menos 3 anos, enquanto os médicos estavam por períodos inferiores, atuando na fase inicial e tardia da carreira. Contratos temporários foram declarados por 81,4% dos médicos, 70,3% dos cirurgiões-dentistas e 43,3% dos enfermeiros. Dedicavam-se exclusivamente à ESF 81,9% dos enfermeiros, 64,4% dos cirurgiões-dentistas e 55,7% dos médicos. Os entrevistados ofereciam uma média de 75,6 consultas individuais (dp=43,4) e 1,3 atividades de grupo por semana. Dedicavam um percentual médio de seu tempo semanal de trabalho de 60,0% para o acompanhamento de grupos específicos e 32,5% com atividades de prevenção e promoção da saúde. Médicos realizavam mais consultas individuais e participavam de um número menor de atividades de grupo. Cirurgiões-dentistas orientavam a organização de seus atendimentos pela demanda espontânea e enfermeiros, pelo atendimento a grupos específicos. Os resultados deste estudo apontaram similaridades e especificidades dos trabalhadores investigados, além de traços de práticas típicas das categorias profissionais.

ABSTRACT

The study aimed to characterize graduated workers of the Family Health Strategy (ESF) and their work in a capital of Brazil, through a cross-sectional study with a random sample of 342 dentists (n = 118), nurses (n = 127) and physicians (n = 97). Data were collected through a self-administered questionnaire. To present the results we used the descriptive and inferential statistics. The majority of the sample (83.3%) was formed by women, with a mean age of 45.8 years and 20.4 years of training. 77.2% of respondents had attended specialization and 9.7% attended medical residency. More than half of nurses and dentists were in the same Family Health Team for at least three years, while physicians were for shorter periods, being in the early or late stages of career. Temporary contracts were reported by 81.4% of the physicians, 70.3% of dentists and 43.3% of nurses. 81.9% of nurses informed exclusive dedication to the ESF, while this was informed by 64.4% of dentists and 55.7% of physicians. Respondents would offer an average of 75.6 individual consultations and group activities of 1.3, each week. They spent an average percentage of their time, monitoring specific community groups and 32.5% on prevention and health promotion activities. Physicians performed more individual consultations and participated in fewer group activities. Dentists oriented their major activities to spontaneous demand and nurses for the care to specific groups. The results of this study showed similarities and characteristics with health workers in João Pessoa, and typical practices of professional categories.

¹ Universidade Federal da Paraíba. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE. E-mail: dudugjf@yahoo.com.br

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE.

³ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE.

⁴ Universidade Federal da Paraíba.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Recursos Humanos em Saúde; Trabalho.

KEYWORDS: Family Health Strategy; Human Resources; Job.

INTRODUÇÃO

Criada, em 1994, com o nome de Programa Saúde da Família, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a forma de organização prioritária da Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil atualmente. Baseia-se no desenvolvimento de ações de saúde individuais e coletivas de promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. É operacionalizada por meio do trabalho de equipes multiprofissionais (cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal), dirigidas a uma população definida territorialmente, considerando-se os indivíduos em suas particularidades e inseridos em seu contexto sociocultural. Além disso, deve, preferencialmente, ser a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação de toda a rede de atenção à saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, corresponsabilização, humanização, equidade e participação social.¹

Consequentemente à sua ampla expansão, houve o aumento da inserção de trabalhadores nesse modelo de atenção à saúde.² Esses profissionais enfrentam desafios como o trabalho em equipe, identificação e manejo das necessidades da população adscrita nos territórios sob sua responsabilidade e incorporação de uma nova organização do processo de trabalho que rompa com o paradigma tecnicista hegemônico da área de saúde.^{2,3} Logo, a consolidação da ESF, para além de sua cobertura populacional em números, ainda enfrenta entraves, referentes tanto ao seu processo de trabalho quanto ao modelo de produção do cuidado adotado pelos trabalhadores, em especial, nas grandes cidades brasileiras.⁴

Investigações que abordem as características dos trabalhadores da ESF podem ser úteis para subsidiarem discussões relacionadas à formação de trabalhadores para o SUS (desde a graduação à educação continuada), aprimoramento da atenção oferecida pelas Equipes Saúde da Família (EqSF) e até para o estabelecimento de critérios para processos seletivos para esse modelo de atenção.³ Além disso, podem estimular reflexões acerca do planejamento de políticas públicas, em especial as relacionadas à gestão do trabalho no âmbito do SUS, uma vez que “a compre-

ensão da ESF como reorientação do modelo assistencial significa também conhecer os atores sociais envolvidos nas equipes que integram a proposta de saúde da família”.^{5:91}

Nesse contexto, o presente estudo objetivou traçar um perfil dos trabalhadores de nível superior da ESF a partir de características pessoais, de formação e de seus processos de trabalho em uma capital do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, desenvolvido na área urbana do município de João Pessoa, capital da Paraíba. De acordo com informações primárias da Secretaria Municipal de Saúde, no período da pesquisa, a cidade possuía aproximadamente 85% de sua população urbana assistida por 182 ESF distribuídas em seus cinco Distritos Sanitários na ocasião da coleta dos dados (julho a setembro de 2014).

A população-alvo do estudo foi o total de 522 trabalhadores de nível superior (175 cirurgiões-dentistas, 179 enfermeiros e 168 médicos) da ESF. A amostra mínima ($n=261$) foi calculada pela fórmula que adota a proporção como parâmetro,⁶ e estratificada proporcionalmente ao número total de cada categoria profissional de interesse (cirurgiões-dentistas = 87, enfermeiros = 89, médicos = 85). Foi estimada uma perda amostral de 40%, a partir de resultado anterior de pesquisa que utilizou questionário autoaplicado com trabalhadores da ESF.⁷

Para a captação dos sujeitos para compor a malha amostral, foram sorteadas aleatoriamente 140 Unidades de Saúde da Família, obedecendo-se, também, a sua distribuição proporcional nos cinco Distritos Sanitários. Os dados foram coletados a partir de um questionário semiestruturado e autoaplicado elaborado a partir de revisão de literatura, contendo questões abertas e fechadas. Uma equipe devidamente treinada convidava os trabalhadores a participarem do estudo e coletava a assinatura do TCLE e o instrumento preenchido.

Foram, então, convidados 366 trabalhadores para participarem do estudo e, destes, 24 não aceitaram. Definiu-se como critério de inclusão na amostra o sujeito ser trabalhador de nível superior vinculado a uma EqSF do município de João Pessoa e de exclusão a sua recusa em participar do estudo.

Para a apresentação dos resultados, foi utilizada a estatística descritiva e as variáveis foram estratificadas pelas profissões. Foi verificada a heterogeneidade da distribuição das respostas relacionadas às características específicas do processo de trabalho na ESF entre as categorias profissionais por meio dos testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, considerando nível de significância 5%. Para a visualização das diferenças entre os grupos, foram

RESULTADOS

Foram entrevistados 342 trabalhadores de nível superior da ESF. Destes, 127 eram enfermeiros (37,1%), 118 cirurgiões-dentistas (34,5%) e 97 médicos (28,4%). A maior parte da amostra (83,3%) foi constituída pelas mulheres (enfermeiras=98,4%; cirurgiãs-dentistas=82,2%; médicas=64,9%). A média de idade dos entrevistados foi de 45,8 anos (dp=13,6), com a maioria dos sujeitos concentrada na idade produtiva e 18,4% acima de 60 anos. Os médicos (26,8%) concentraram-se nas faixas etárias extremas, com 26,8% na dos mais jovens (22 a 29 anos) e 33,0% entre os idosos, enquanto os enfermeiros (80,3%) e cirurgiões-dentistas (71,2%) se encontravam, em sua maioria, entre 30-59 anos.

A média do tempo de formação superior dos trabalhadores foi de 20,4 anos (dp=13,3), com um expressivo percentual de trabalhadores (30,7%) com 31 anos ou mais de formados. A média de tempo de formação dos médicos era de 18,9 anos (dp=16,8), enfermeiros de 20,4 anos

construídos gráficos *boxplot*. Os resultados foram gerados pelos *softwares* de domínio público EpiInfo 7^R e R^R.

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, submetida à apreciação e aprovada (CAEE: 32415114.8.0000.5190) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM). Contou com apoio financeiro da Chamada Universal – MCTI/CNPq n° 14/2014.

(dp=10,5) e cirurgiões-dentistas de 21,8 anos (dp=12,7). Foi observado que a categoria médica atua predominantemente na ESF nos períodos iniciais (41,2%) e tardios (40,2%) de sua carreira, enquanto os cirurgiões-dentistas (52,4%) e enfermeiros (68,5%), no período de 6 a 30 anos após a graduação.

Ter frequentado pelo menos um curso de especialização foi declarado por 77,2% dos entrevistados, 43,3% em Saúde da Família ou Medicina de Comunidade. Os enfermeiros (72%) declararam um maior investimento em capacitação *lato sensu* nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva, quando comparados aos cirurgiões-dentistas (61,1%) e médicos (50%). A conclusão de cursos de residência (9,7%), mestrado (2%) e doutorado (0,3%) foi bastante incipiente entre os trabalhadores. O maior percentual de profissionais com residência foi de médicos (29,8%), principalmente nas áreas de pediatria e ginecologia (51,8%). Na Tabela 1, são apresentadas as características de formação da amostra.

Tabela 1 - Características de formação dos sujeitos em número e proporções, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014.

Tempo de formação (da graduação, em anos)	Amostra (n=342)		Enfermeiros (n=127)		Cir.-dent. (n=118)		Médicos (n=97)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 5	70	20,5	12	9,4	18	15,2	40	41,2
De 6 a 10	40	11,7	18	14,1	16	13,5	6	6,2
De 11 a 20	54	15,8	32	25,2	18	15,2	4	4,1
De 21 a 30	73	21,3	37	29,2	28	23,7	8	8,2
31 ou +	105	30,7	28	22,1	38	32,2	39	40,2
Número de especializações <i>lato sensu</i> concluídas	n	%	n	%	n	%	n	%
2	138	40,4	63	49,6	53	45	22	22,7
1	126	36,8	54	42,5	43	36,4	29	29,9
0	78	22,8	10	7,9	22	18,6	46	47,4

	Amostra (n=342)		Enfermeiros (n=127)		Cir.-dent. (n=118)		Médicos (n=97)	
Área das especializações	n	%	n	%	n	%	n	%
SF/Medicina de Comunidade	174	43,3	84	50,1	60	41,7	30	32,6
Saúde Coletiva/Saúde Pública	89	22,1	45	27,1	28	19,4	16	17,4
Outras	139	34,6	37	22,3	55	38,9	46	50
Número de residências concluídas	n	%	n	%	n	%	n	%
2	2	0,6	0	0	0	0	2	2,1
1	31	9,1	3	2,4	5	4,2	23	27,7
0	309	90,3	124	97,6	113	95,8	72	74,2
Área das residências	n	%	n	%	n	%	n	%
Pediatria/Ginecologia	14	38,2	0	0	0	0	14	51,8
Medicina Preventiva e Social ou SF	10	28,5	2	66,6	0	0	7	29,6
Outras	11	31,4	1	33,3	6	100	5	18,5

Fonte: dados da pesquisa, João Pessoa, PB/Brasil; 2014.

Quase a metade dos entrevistados (46,5%) trabalhava na Atenção Básica à Saúde (ABS), considerando todas as suas experiências, há mais de 10 anos. Esse percentual foi maior entre os enfermeiros (63,0%), que foram seguidos pelos cirurgiões-dentistas (40,7%) e médicos (31,7%).

A média de tempo de inserção na atual EqSF foi de 5,1 anos (dp=4,5). Mais da metade dos enfermeiros (65,3%) e cirurgiões-dentistas (56,8%) estavam alocados na mesma equipe há pelo menos 3 anos, enquanto os médicos (66,0%) estavam por períodos inferiores a 3 anos.

No que se refere ao tipo de contrato trabalhista para a ESF, 63,4% dos trabalhadores possuíam o temporário. Esse tipo de vínculo foi declarado por 81,4% dos médicos, 70,3% dos cirurgiões-dentistas e 43,3% dos enfermeiros.

Dedicava-se, na data da entrevista, exclusivamente à

ESF 68,4% da amostra. Entre estes, 81,9% dos enfermeiros, 64,4% dos cirurgiões-dentistas e 55,7% dos médicos. Consequentemente, jornadas de trabalho semanais superiores a 60 horas foram declaradas por 14,4% dos médicos, 6,7% dos cirurgiões-dentistas e 3,9% dos enfermeiros.

Os enfermeiros (91,3%) e médicos (86,0%) caracterizaram-se por um acúmulo de vínculos públicos, diferenciando-se do declarado pelos cirurgiões-dentistas (48,1%). O segundo local de trabalho declarado mais frequentemente entre os enfermeiros (83,3%) e médicos (64,4%) foi o hospitalar e o dos cirurgiões-dentistas (85,8%), o ambulatorial. Na Tabela 2, são apresentadas as características gerais de trabalho.

Tabela 2 - Características gerais de trabalho dos sujeitos em números e proporções, estratificadas por categoria profissional. João Pessoa, 2014.

	Amostra (n=342)		Enfermeiros (n=127)		Cir.-dent. (n=118)		Médicos (n=97)	
Tempo de trabalho na ABS	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 36 meses	69	20,2	13	10,2	14	11,8	42	43,3
De 37 a 120 meses	114	33,3	34	26,8	56	47,5	24	24,7
121 meses ou +	159	46,5	80	63	48	40,7	31	31,7

	Amostra (n=342)		Enfermeiros (n=127)		Cir.-dent. (n=118)		Médicos (n=97)	
Tempo de inserção na atual equipe	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 36 meses	159	46,5	44	34,6	51	43,2	64	66
36 meses ou mais	183	53,5	83	65,4	67	56,8	33	34
Tipo de contrato para a ESF	n	%	n	%	n	%	n	%
Estatutário	125	36,6	72	56,7	35	29,7	18	18,6
Contrato Temporário	217	63,4	55	43,3	83	70,3	79	81,4
Nº de locais de trabalho	n	%	n	%	n	%	n	%
1	234	68,4	104	81,9	76	64,4	54	55,7
2	90	26,3	22	17,3	37	31,4	31	32
3 ou 4	18	5,3	1	0,8	5	4,2	12	12,3
Carga horária semanal	n	%	n	%	n	%	n	%
40h	234	68,4	104	81,9	76	64,4	54	55,7
41 a 60h	81	23,7	18	14,2	34	28,9	29	29,9
61h ou +	27	7,9	5	3,9	8	6,7	14	14,4
Natureza dos locais de trabalho*	n	%	n	%	n	%	n	%
Públicos	64	59,3	21	91,3	25	58,1	37	86
Público e privado	44	40,7	2	8,7	17	41,9	6	24
Locais de trabalho*	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistência hospitalar	64	48,5	20	83,3	6	12,2	38	64,4
Assistência ambulatorial	61	46,2	1	4,2	42	85,8	18	30,5
Outros	7	5,3	3	12,5	1	2	3	5,1

* Além da ESF

Fonte: dados da pesquisa, João Pessoa, PB/Brasil; 2014.

Foi observado que os profissionais de nível superior oferecem uma média de 75,6 consultas individuais ($dp=43,4$) e participam de 1,3 atividades de grupo ($dp=0,9$) por semana. Além disso, dedicam um percentual médio do total de seu tempo semanal de 60,0% para atendimento da demanda espontânea, de 31% para o acompanhamento de grupos específicos (gestantes, Hipertensão, Puericultura etc.) e 32,5% com intervenções de prevenção e promoção da saúde. Na Tabela 3, são apresentados os níveis de significância das diferenças entre a distribuição das respostas dessas variáveis entre as categorias profissionais.

Duas características do processo trabalho na ESF in-

vestigadas neste estudo obtiveram distribuição heterogênea estatisticamente significativa entre as 3 categorias profissionais (número médio de consultas semanais e percentual médio de tempo semanal dedicado ao acompanhamento de grupos específicos). A variável percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento de demanda espontânea diferenciou enfermeiros dos demais trabalhadores. Já o número de atividades de grupo semanais foi estatisticamente diferente entre cirurgiões-dentistas e médicos.

Os médicos, em sua maioria, declararam realizar um número superior a 100 consultas individuais, concentrando-

Tabela 3 - Avaliação do nível de significância da heterogeneidade da distribuição de respostas nas variáveis que caracterizavam o processo de trabalho na ESF. João Pessoa, 2014.

	Amostra*	Enf. x Med.**	Enf. x C.D.**	C.D. x Med.**
Número médio de consultas semanais	0,000	0,000	0,000	0,000
Percentual médio de tempo semanal dedicado ao acompanhamento de grupos específicos (gestantes, Hipertensão, puericultura etc.)	0,000	0,000	0,000	0,000
Percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento de demanda espontânea	0,000	0,000	0,001	0,206
Número de atividades de grupo desenvolvidas semanalmente	0,042	0,12	0,29	0,012
Percentual médio de tempo semanal dedicado a atividades de prevenção e promoção da saúde	0,092	-----	-----	-----

* p valor do teste de Kruskal-Wallis

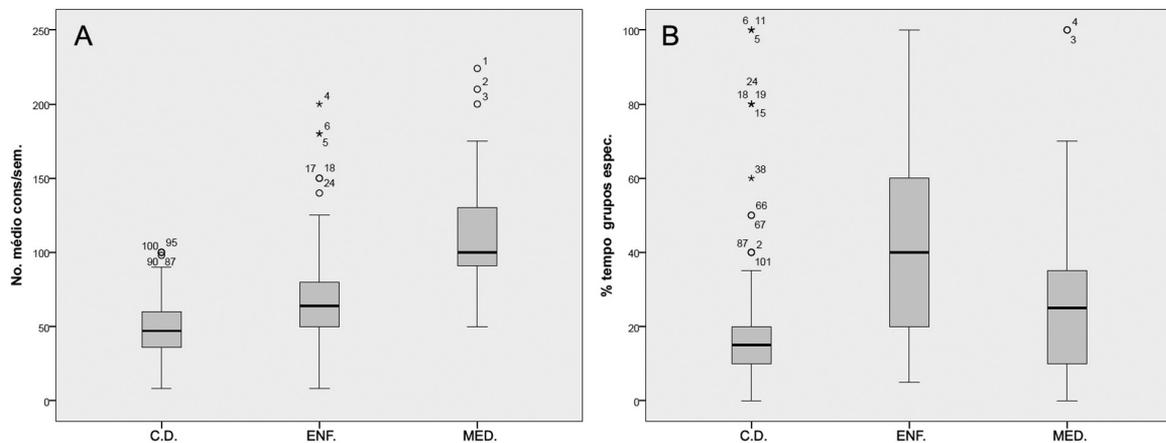
** p valor do teste de Mann-Whitney

Fonte: dados da pesquisa, João Pessoa, PB/Brasil; 2014.

do suas respostas em valores acima da mediana (md=100). Os enfermeiros (md= 70) e cirurgiões-dentistas (md=49) tiveram a distribuição de maneira equânime entre o 1º e 3º quartis (Figura 1, A). No que se refere ao percentual médio do tempo semanal dedicado ao atendimento de gru-

pos específicos (Figura 1, B), verificou-se que os cirurgiões-dentistas dispõem uma parcela menor de seu tempo para tal atividade (md=15), seguidos dos médicos (md=24) e enfermeiros (md=40).

Figura 1 - *Boxplots* do número médio de consultas individuais/semana (A) e percentual médio de tempo/semana dedicado ao atendimento de grupos específicos (B) realizados por semana por cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da ESF. João Pessoa, 2014.

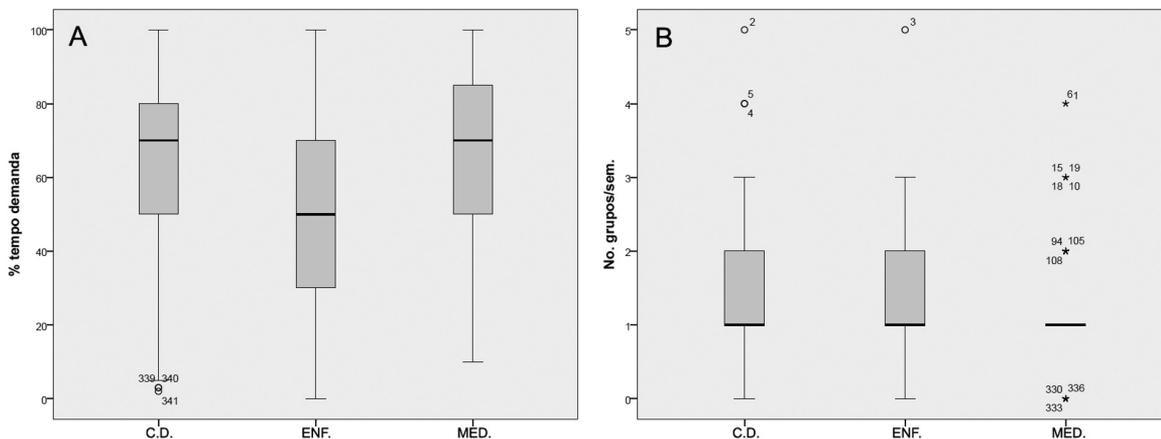


Fonte: dados da pesquisa, João Pessoa, PB/Brasil; 2014.

Foi possível verificar (Figura 2, A) que os enfermeiros dedicavam percentuais médios de tempo semanal inferiores (md=50) para o atendimento da demanda espontânea, quando comparados aos médicos (md=70) e cirurgiões-dentistas (md=70). Na variável “número de atividades de

grupo desenvolvidas semanalmente”, embora a mediana das 3 categorias profissionais tenha sido a mesma (=1), as respostas dos enfermeiros e cirurgiões-dentistas se concentraram no 3º quartil (75%), sugerindo uma maior participação dessas categorias (Figura 2, B).

Figura 2 - *Boxplots* do percentual médio de tempo semanal dedicado ao atendimento de demanda espontânea (A) e número de atividades de grupo desenvolvidas semanalmente (B) por cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos da ESF. João Pessoa, 2014.



Fonte: dados da pesquisa, João Pessoa, PB/Brasil; 2014.

DISCUSSÃO

Este estudo foi capaz de traçar um perfil dos trabalhadores da ESF da cidade de João Pessoa, a partir de variáveis objetivas (pessoais, de formação, de trabalho e processo de trabalho na ESF). Algumas tendências verificadas em outros municípios foram reproduzidas e algumas características foram específicas da população estudada. Foi confirmado o apontado por estudo anterior: a ESF se insere em um contexto diversificado e complexo.⁸

Observou-se a feminização da força de trabalho de nível superior da ESF, o que é corroborado por estudos realizados em outras cidades do Brasil.^{5,7,8} O predomínio de mulheres nos postos de trabalho é umas das principais características de todo o setor saúde mundial,⁹ onde estas assumem papéis tidos como de cuidadores, considerados socialmente femininos e são consideradas inferiores hierarquicamente no campo da saúde.^{10,11} Embora as mulheres também tenham sido maioria entre os médicos e cirurgiões-dentistas, a feminização dessas profissões é um processo mais recente, quando comparada à da enfermagem.¹¹

A média de idade da amostra foi superior à da verificada em outros municípios, assim como a sua distribuição por faixa etária.^{5,7} Consequentemente, a média de tempo de conclusão do curso de graduação foi elevada, permitindo inferir que a maioria dos trabalhadores se graduou anteriormente aos processos de mudança na formação superior para atenderem às necessidades do SUS, impulsionados, principalmente, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área de Saúde.

A partir dos resultados de idade e tempo de conclusão da graduação, emergem duas questões. A primeira se refere à participação de idosos (18,4%) na força de trabalho da ESF, destacando-se a dos médicos, com cerca de 1/3 de trabalhadores com 60 anos ou mais. De acordo com a literatura,¹² a inserção desse segmento populacional no mercado de trabalho deve ser analisada para além de ser uma fonte de renda complementar à aposentadoria, mas também como uma estratégia de rompimento do paradigma de que o envelhecimento está associado à improdutividade e à dependência.

A segunda foi a tendência de os médicos atuarem na ESF nos períodos precoce e tardio da carreira profissio-

nal, reforçada pelo resultado do tempo de atuação na ABS, o que compromete a sua fixação nos postos de trabalho, a criação de vínculos e os investimentos em capacitação para atuação nesse nível de atenção. Esse cenário parece ser uma realidade da ESF em todo o Brasil e de longa data. De acordo com a “Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos”,¹³ os médicos recém-formados se inserem na ESF por curtos períodos, até alcançarem uma vaga em um curso de residência. Após a sua aposentadoria, exercendo especialidades, retornam como generalistas.

A maior parte dos entrevistados investiu em capacitação após a graduação, concluindo, pelo menos, um curso de especialização *lato sensu* na área de saúde, como verificado por estudos anteriores.^{5,7,8} Merece destaque no município o expressivo número de trabalhadores especialistas em Saúde da Família, Medicina de Comunidade, Saúde Coletiva e Saúde Pública que, juntos, totalizaram 67,4% dos cursos realizados. Estudo anterior verificou que os enfermeiros se especializavam principalmente nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva e os médicos, em áreas clínicas,¹⁴ corroborando os resultados verificados neste estudo em João Pessoa.

De acordo com a literatura especializada, as Instituições de Ensino tendem a manter uma formação em saúde conservadora, centrada no modelo flexinariano, que não responde às necessidades do SUS.¹⁵ A fragilidade desse modelo, pelo qual a maioria dos sujeitos desta pesquisa foi graduada, torna-se mais evidente frente às demandas na ESF. Nesse cenário de trabalhadores formados no período anterior ao SUS e de mudanças no perfil de egressos dos cursos de saúde acontecendo de forma lenta, a pós-graduação *lato sensu*, majoritariamente teórica, emerge como uma alternativa para a capacitação profissional para a atuação na ESF, de maneira muito mais expressiva que os cursos de residência (predominantes entre uma pequena parcela dos médicos entrevistados), mestrado e doutorado. Iniciativas governamentais estão estimulando o aumento da oferta de vagas em programas de residência multiprofissionais e médicas para a ESF, favorecendo, assim, o treinamento em serviço, considerado o padrão-ouro para capacitação.¹⁶

De maneira geral, os trabalhadores possuíam experiência acumulada por anos trabalhados na ABS. Mesmo com a precarização do vínculo de trabalho, a maioria dos enfermeiros e cirurgiões-dentistas estava alocada na atual EqSF por, pelo menos, cinco anos. Essa não foi a realidade encontrada para o profissional médico, sugerindo uma maior dificuldade de fixação na ESF, o que foi reforçado pela análise combinada das variáveis idade, tempo de conclusão da graduação e tempo de inserção na atual equipe.

Esse resultado sugestivo de fixação de cirurgiões-dentistas e enfermeiros pode ser consequência da realização, em 2005, de um processo seletivo para a contratação de prestadores de serviços por meio de avaliação curricular e entrevista. Os selecionados foram incorporados à ESF por meio de contratação excepcional de interesse público e aqueles que têm interesse e se adequam ao perfil do trabalho vêm tendo seus contratos renovados anualmente, a partir do entendimento das gestões municipais, desde então, da importância da vinculação desses profissionais à ESF. Além disso, foi entre os enfermeiros o maior percentual de estatutários.

Evidências associam a dificuldade de fixação dos médicos na ESF a fatores como: incipiente regulação estatal sobre a profissão médica no Brasil, precarização dos vínculos de trabalho, formação voltada para as especialidades e, conseqüentemente, a busca por melhores remunerações. Apontam, ainda, que a expansão da ESF não foi acompanhada do planejamento adequado da gestão de recursos humanos e que, entre os profissionais de nível superior, os médicos são os detentores de maior poder de negociação, ocasionado pelas múltiplas alternativas que o mercado lhes oferece.¹⁷ Logo, esses trabalhadores podem não investir em qualificação específica para atuarem na ESF e adquirem tratamento diferenciado dos demais membros da equipe, com elevados salários e flexibilização da carga horária, este último item garantido pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 2.027 do GM/MS.¹⁸ Porém, a flexibilização de carga horária não foi verificada para os médicos em João Pessoa que, em sua grande maioria, dedicam 40 horas semanais à ESF.

Os entrevistados possuíam, em sua maioria, contratos temporários de trabalho, principalmente os cirurgiões-dentistas e médicos. Segundo evidências, essa é uma realidade vivenciada mundialmente em todos os setores.¹⁹ O trabalho na sociedade contemporânea se afastou de seu conteúdo e significado social, dada a influência do discurso neoliberal. Essa mudança pode ser percebida, entre outras características, pelo expressivo aumento de trabalhadores com vínculos estabelecidos por contratos por tempo determinado, ou temporários ou por jornadas parciais. Esse cenário favorece a desregulação da gestão do trabalho.²⁰

Essa tendência foi adotada no Brasil para o setor público de saúde a partir da reforma do Estado na década de 1990. Apesar dos inúmeros avanços do SUS, a precarização do trabalho tem se configurado um dos seus principais desafios para a maior parte dos municípios brasileiros, em especial, para a categoria médica. Esse processo impacta diretamente nos trabalhadores e nos serviços oferecidos, sendo, assim, uma fragilidade para o desenvolvimento do

SUS, afetando negativamente a relação dos profissionais com o sistema, qualidade e continuidade de serviços.^{9,19}

O vínculo estatutário é entendido como fonte de satisfação e segurança, favorecendo as relações com o trabalho e com a comunidade, permitindo o planejamento das intervenções produtoras de cuidado em longo prazo e uma melhor organização dos serviços. Esses fatores possibilitam a criação dos laços de vínculo com a população, o compromisso e a corresponsabilidade entre trabalhadores, usuários e comunidade. Vínculos precários ocasionam menor envolvimento dos trabalhadores nos processos de trabalho, baixa qualificação e descompromisso com o atendimento, “resultando em evasão e desmotivação desses profissionais”.^{21:20}

Outra característica observada neste estudo foi o elevado número de trabalhadores se dedicando exclusivamente à ESF, inclusive os médicos que contam com a flexibilização de carga horária,¹⁸ totalizando, assim, 40 horas de trabalho semanal, semelhante ao verificado em São Paulo.⁸ Esse era um resultado já esperado, uma vez que, em 2006, o Ministério da Saúde definiu a jornada de trabalho de 40 horas, divididas em 08 turnos semanais para todos os integrantes das ESF, dificultando, assim, o acúmulo de vínculos empregatícios.⁵

Entre os trabalhadores deste estudo que não se dedicavam exclusivamente à ESF, a maioria dos enfermeiros e médicos declarou um acúmulo de vínculos com instituições de natureza pública, sublinhando a importância do SUS no mercado de trabalho em saúde. Essas duas categorias desempenhavam atividades no ambiente hospitalar, predominantemente, enquanto que um percentual maior de cirurgiões-dentistas declarou trabalhar no setor privado e no ambiente ambulatorial, reforçando a inserção histórica dessas categorias profissionais no setor saúde.

Essa configuração merece algumas considerações. Embora o presente estudo não tenha investigado como e quando esses trabalhadores da ESF efetivam seu trabalho em seus outros vínculos, pode-se deduzir que boa parte seja por meio de jornadas noturnas de trabalho, uma vez que a ESF, em João Pessoa, organiza-se de 2ª a 6ª feira em duas jornadas diárias (manhã e tarde), ou durante os finais de semana. A jornada de trabalho semanal superior a 40 horas pode ser um fator de risco para o adoecimento dos médicos e um indicador de precarização da vida e da assistência prestada por esses profissionais. Os múltiplos vínculos podem fragilizar o envolvimento do profissional com a comunidade a qual ele assiste e com as próprias questões do trabalho.²² Esses apontamentos podem ser extrapolados para as demais categorias profissionais envolvidas neste estudo.

A ESF é uma proposta de reorientação das práticas em

saúde, com o objetivo de “desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob as quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos” e, para isso, são necessárias transformações no processo de trabalho em saúde.^{23:17} Nesse contexto, a análise dos resultados deste estudo contribuiu para o debate acerca dessa temática e sinalizou algumas características específicas das categorias profissionais.

Em João Pessoa, de maneira geral, os trabalhadores de nível superior organizavam suas agendas semanais com um turno fixo para a realização de visitas domiciliares, um para estudo e um para a reunião de equipe. Os cinco demais turnos eram destinados ao atendimento da demanda espontânea, da agendada, dos grupos específicos e atividades coletivas. Assim, os resultados gerais da caracterização do trabalho na ESF apontam para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, relacionadas à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.¹

Porém, os resultados sugerem uma concentração do processo de trabalho na ESF, de maneira geral, no atendimento da demanda espontânea, a grupos específicos e em consultas individuais. Assim, parece que as ações desenvolvidas pelos trabalhadores ainda se encontram baseadas no modelo curativista, mas com a introdução, em diferentes graus, das práticas de prevenção e promoção da saúde e intervenções em grupo, indicando mudanças no modo de produção do cuidado na ESF. Outro aspecto relevante é o de que as atividades de prevenção e promoção da saúde podem e deveriam ser transversais em todas as atividades desenvolvidas na ESF e não realizadas apenas de maneira pontual. As dificuldades para a realização de atividades educativas e de promoção da saúde pela ESF podem estar relacionadas à adesão e baixa escolaridade dos usuários, à cultura curativista, à elevada demanda espontânea, à sobrecarga de trabalho da equipe, à falta de educação permanente e de recursos para tal e à carência de reconhecimento da importância dessas atividades, entre outras.²⁴

As diferenças no trabalho na ESF entre as categorias profissionais verificadas neste estudo merecem ser analisadas a partir de algumas reflexões. A primeira delas se refere às características históricas de médicos e cirurgiões-dentistas em atuarem predominante em ações curativas e individuais, enquanto os enfermeiros nas atividades de cuidado e gerenciais dos serviços de saúde. Associada a isso, verifica-se, ainda, a dificuldade de mudanças na formação dessas categorias profissionais, que perpetuam essas características e acarretam práticas profissionais isoladas dos demais trabalhadores, individuais e especializadas

no trabalho em saúde.^{3,25} Frente a isso, a ESF assume um papel fundamental tanto nas mudanças das práticas dos serviços quanto na formação de trabalhadores para esse nível de atenção.

O número de consultas realizadas é um indicador capaz de refletir a capacidade da ESF em oferecer a assistência individual. Os resultados deste estudo apontaram, a partir da organização da agenda dos trabalhadores, que é realizada uma média diária de 15 consultas por turnos disponíveis para tal, totalizando cerca de 4500 consultas individuais anuais. Ao considerarmos que cada ESF era responsável por um número entre 3000 a 4000 indivíduos, verifica-se que a média de consultas varia de 1,5 a 1,1 por habitante adscrito por ano. O menor número médio semanal de consultas declarado pelos cirurgiões-dentistas é, provavelmente, devido ao seu processo de trabalho específico, que envolve procedimentos de longa duração por atendimento, o que reduz o seu número de consultas por dia.

Logo, a ESF representa em João Pessoa uma importante possibilidade de acesso a cuidados individuais multidisciplinares de saúde, contrapondo-se à assistência médico-centrada. Porém, é necessário considerar que a prática clínica na ESF possui particularidades e deve se diferenciar daquela dos formatos tradicionais da atenção ambulatorial e hospitalar e incorporar novas formas de organização e registro em seu processo de trabalho, centrando-se nas pessoas, família e comunidade.²⁶ Além disso, a prática das consultas individuais no contexto da ESF, quando realizada de maneira integrada entre os trabalhadores da equipe, possibilita um diagnóstico ampliado das necessidades de saúde, favorecendo a adoção de intervenções resolutivas e qualificadas.²⁷

O número médio de consultas realizadas semanalmente foi reproduzido na variável percentual médio de tempo dedicado ao atendimento da demanda espontânea, como esperado. Logo, foi maior entre médicos (maior número de consultas), seguidos dos cirurgiões-dentistas (consultas mais longas), quando comparados aos enfermeiros. Os resultados das diferenças dessas duas variáveis entre as categorias profissionais podem sinalizar a persistência de traços do modelo hospitalocêntrico em diferentes graus entre essas categorias, uma vez que estas declararam depender parcelas de tempo importantes para o atendimento dessa clientela por meio de consultas individuais. Esse modelo de acesso aos serviços de saúde em que o usuário o procura quando já se encontra com a doença instalada é hegemônico historicamente e se opõe à lógica assistencial da ESF.²⁸

No município de João Pessoa, a demanda espontânea é organizada nas Unidades de Saúde da Família por meio

da realização da escuta qualificada dos usuários que as procuram sem agendamento prévio, assim como apontado pela PNAB.¹ Durante essa atividade, são identificadas as necessidades dos pacientes e, a partir da classificação de risco, atendidos imediatamente, agendados ou encaminhados para outros serviços. A inserção desse processo de trabalho no cotidiano dos usuários pode contribuir para a mudança de cultura em que os serviços de saúde são acionados pela população exclusivamente para o tratamento de agravos, além de promover a conscientização para os usuários da variedade do cardápio de serviços oferecidos pela ESF.

Os enfermeiros destacaram-se no que se refere à atenção prestada a determinados grupos específicos, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, o que reforça a característica histórica dessa profissão na promoção do cuidado longitudinal. A menor participação declarada pelos cirurgiões-dentistas no atendimento dos grupos específicos pode ser atribuída, também, à organização de seu processo de trabalho, baseada no atendimento da demanda espontânea dos usuários.

A ESF potencializou a prática da consulta de enfermagem de forma contínua, caracterizando-se como uma ferramenta de atendimento generalista, focalizada nos ciclos vitais e na família e visando, além da cura, à promoção e proteção à saúde. Assim, a ESF ampliou o escopo de ações do enfermeiro e estimulou mudanças em seu modo de pensar e agir.²⁷ Essa profissão, historicamente, contribui significativamente para a construção de saberes interdisciplinares e oportuniza a criação de laços de comunicação afetivos, possibilitando estratégias eficazes e resolutivas de cuidado,²⁹ características coerentes com a proposta da ESF.

Este estudo verificou que a maioria dos trabalhadores de nível superior se envolve em, pelo menos, uma atividade de intervenção em grupo por semana. Essas atividades podem ser consideradas novas práticas assistenciais incorporadas pela ESF e foram desenvolvidas em proporções semelhantes, em estudo anterior, por médicos e enfermeiros,³⁰ diferenciando-se do verificado em João Pessoa. O menor envolvimento dos médicos em atividades de grupo na ESF verificado neste estudo pode ser uma consequência da visão biologicista com ênfase no atendimento individual e curativo adotada por parte desses trabalhadores. Quando as atividades em grupo e educativas são ofertadas à população sob essa concepção, tendem a ser centradas em relações autoritárias de prescrição de tratamentos, condutas e mudança de comportamentos por meio da transmissão vertical de conhecimentos.³¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo identificaram, na força de trabalho de João Pessoa, características objetivas que parecem ser comuns em todo o território nacional e que a diferenciaram da realidade apresentada por outros estudos, como trabalhadores com idades e tempo de conclusão da graduação superior e fixados na ESF mesmo com contratos temporários, principalmente entre os cirurgiões-dentistas e enfermeiros. As características relacionadas ao trabalho dos entrevistados indicam mudanças no modelo assistencial, porém ainda de forma incipiente e com traços de práticas típicas das categorias profissionais.

Não houve a pretensão de se esgotar a discussão sobre o tema, reconhecendo a complexidade do objeto deste estudo. O método quantitativo, que busca relacionar a causalidade entre fenômenos ou a associação entre variáveis, não contribui fortemente para a apreensão de fenômenos sociais. Porém, uma parte do projeto de pesquisa no qual este estudo foi desenvolvido investigou o trabalho na ESF com metodologia qualitativa e poderá, quando divulgado, ampliar e aprofundar a compreensão dos resultados aqui apresentados. Mesmo se tratando de um estudo de caso, é possível que seus apontamentos sejam pertinentes para outros municípios brasileiros. Espera-se, enfim, que este estudo possa subsidiar discussões relacionadas à formação, ao planejamento e à gestão da força de trabalho para a ESF.

Esta pesquisa conta com apoio financeiro da Chamada Universal – MCTI/CNPq n° 14/2014.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Manoel RA, Combinato DS, Gomes FMA, Silva KF. O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da saúde. *Trab Edu Saúde*. 2014; 12(3):595-614.
3. Soares EF, Reis SCGB, Freire MCM. Características ideais do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde*. 2014; 12(2):327-341.
4. Nunes AA, Flausino, JM, Silva AS, Mello LM. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. *Saúde Debate*. 2014; 38(102):452-467.
5. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Júnior WSS, Filho ZCG, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27):90-96.
6. Bussab WO, Miazaki ES, Andrade DF. Introdução à análise de agrupamento. In: Associação Brasileira de Estatística (ABE): Anais do 9º Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística; 1990; São Paulo.
7. Zanetti TG, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Cienc Cuid Saúde*. 2010; 9(3):448-455.
8. Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):911-211.
9. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Poz MRD, França T (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. v. 1. 1ª. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2011. p. 103-116.
10. Guimarães NA, Hirata H. Apresentação: controvérsias desafiadoras. *Tempo Soc*. 2014; 26(1):9-16.
11. Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):1865-1873.
12. Vanzella E, Neto EAL, Silva CC. A terceira idade e o mercado de trabalho. *R Bra Ci Saúde*. 2011; 14(4):97-100.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):490-498.
15. Fiuza SH, Silva CJP, Drumond MM, Ferreira EF. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. *Acta Bioethica*. 2012; 18(1):101-109.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Ges-

- tão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012; 22(4):1293-1311.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.027. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
19. Cavalcante MVS, Lima TCS. Precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. *Argumentum*. 2013; 5(1):236-256.
20. Marques APP. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1545-1554.
21. Flegeler DS, Guerra MA, Espindula KD, Lima RCD. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. *UFES Rev Odontol*. 2008; 10(4):17-23.
22. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(5):950-956.
23. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):113-118.
24. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enfer USP*. 2012; 46(3):641-649.
25. Matos FV, Cerqueira FV, Silva AWM, Veloso JCV, Moraes KVA, Caldeira AP. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Rev Bras Educ Méd*. 2014; 38(2):198-204.
26. Demarzo MMP, Oliveira CA, Gonçalves DA. Prática clínica na estratégia saúde da família – organização e registro. Material institucional Una – Sus UNIFESP; 2011 [Acesso em 2015 set. 30]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf>.
27. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):55-61.
28. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(5):s146-s157.
29. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1):223-230.
30. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2/3):164-176.
31. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):319-325.

Submissão: setembro de 2015

Aprovação: dezembro de 2015
