

Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho

CHARACTERIZATION OF FAMILY HEALTH TEAMS AND THEIR WORK PROCESS

CHARACTERIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA Y SU PROCESO DE TRABAJO

Alessandra Bernadete Trovó de Marqui¹, Alice do Carmo Jahn², Darielli Gindri Resta³, Isabel Cristina dos Santos Colomé⁴, Neidiane da Rosa⁵, Tami Zanon⁶

RESUMO

Este estudo tem por objetivo conhecer as características das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma Coordenadoria Regional de Saúde do RS, identificando suas dificuldades no processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, com aplicação de questionário. Os resultados revelaram uma faixa etária jovem, feminina e com formação profissional recente. Quanto ao processo de trabalho, foram observadas algumas dificuldades, dentre elas: a forma de contratação, a falta de infra-estrutura das unidades de saúde, a dificuldade de trabalhar em equipe, a falta de especialização dos trabalhadores, a não compreensão da população sobre a proposta da ESF e até mesmo o relato da ausência de dificuldades. Alguns dos resultados corroboram dados relatados pela literatura, no entanto os dois últimos itens foram pouco explorados em outros estudos, constituindo aspectos relevantes a serem considerados no processo de trabalho e na implementação da ESF.

DESCRITORES

Programa Saúde da Família.
Equipe de assistência ao paciente.
Condições de trabalho.
Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to learn the characteristics of Family Health Strategy (FHS) teams from a Regional Health Coordination of RS, identifying its difficulties in the work process. It is a qualitative exploratory-descriptive study, with a questionnaire application. Results revealed a group of young females with recent professional education. Regarding the work process, some difficulties observed were: the hiring model, the lack of infrastructure of the health units, the difficulty to work in teams, the lack of specialization of the employees, the non-comprehension of the population about the FHS proposal and even the reporting of the lack of difficulties. Some of the results corroborate the data reported by the literature, but the last two items were poorly explored in other studies, constituting relevant aspects to be considered in the work process and in the implementation of the FHS.

KEY WORDS

Family Health Program.
Patient care team.
Working conditions.
Primary Health Care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer las características de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de una Coordinadora Regional de Salud del RS, identificando las dificultades en el proceso de trabajo. Se trata de una investigación cualitativa del tipo exploratorio-descritiva, con aplicación de cuestionario. Los resultados revelan una faja etaria joven, femenina y con graduación profesional reciente. Respecto del proceso de trabajo, se observó la presencia de algunas dificultades, entre ellas: el modo de contratación, la falta de infraestructura de las unidades de salud, la dificultad para trabajar en equipo, la falta de especialización de los trabajadores, la incompreensión de la población sobre la propuesta de la ESF y hasta incluso el relato de ausencia de dificultades. Algunos de los resultados corroboran datos reseñados en la literatura, mientras que los últimos dos han sido poco explorados por otros estudios, constituyendo aspectos relevantes a ser considerados en el proceso de trabajo e implementación de la ESF.

DESCRIPTORES

Programa de Salud Familiar.
Grupo de atención al paciente.
Condiciones de trabajo.
Atención Primaria de Salud.

¹ Bióloga. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte da Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil. alessandratrovo@smail.ufsm.br ² Enfermeira. Professora Mestre do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte da Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil. alicejahn@smail.ufsm.br ³ Enfermeira. Professora Mestre do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte da Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil. darielligindri@smail.ufsm.br ⁴ Enfermeira. Professora Mestre do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte da Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil. enfbel@yahoo.com.br ⁵ Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte da Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil. neidi22@hotmail.com ⁶ Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte da Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil. etamiznurse@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) elegeu o ano de 1994 como Ano Internacional da Família, assim, o Ministério da Saúde cria no Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF), procurando seguir as diretrizes previstas no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, tomando a família como eixo estrutural no que diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população assistida⁽¹⁾.

A ESF visa a reorientação do modelo assistencial e é um projeto dinamizador do SUS. Além de uma nova estrutura trata-se de uma reforma nos modos de trabalho e nas relações entre profissionais e usuários. A ESF tem como proposta trabalhar com uma clientela adscrita, com foco na família, estabelecendo vínculos por meio de uma equipe multiprofissional. Esses profissionais devem planejar suas ações pautadas na realidade de vida das famílias a serem atendidas. Desta forma, a atuação da equipe exige a implementação de novos referenciais e a (re)organização do processo de trabalho⁽²⁾.

A equipe básica ou nuclear preconizada pela ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde e, dependendo do município, conta também com o apoio de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação⁽²⁾.

Deste modo, a ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. No presente estudo, considerava-se integrante da equipe de saúde os trabalhadores e gestores em saúde. O referencial teórico empregado foi o do processo de trabalho em saúde.

No novo modelo de assistência, o processo de trabalho deveria ganhar contornos específicos. O profissional deveria ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não é nos procedimentos técnicos, mas sim na interação equipe/comunidade/família e equipe/equipe⁽³⁾.

O interesse em desenvolver este estudo surgiu a partir do relato de dificuldades de uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do RS, de trabalho com as equipes de saúde. Entre essas dificuldades encontram-se: assistência médico-centrada; dificuldades de trabalhar com a população adscrita; maior enfoque curativo do que preventivo; dificuldade de planejamento, avaliação e de trabalho em equipe; entre outras.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo conhecer as características das equipes de saúde da família e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo de natureza qualitativa.

Caracterização dos sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram 126 trabalhadores que integravam as equipes de ESF e gestores municipais pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do interior do Estado do RS, composta por 26 municípios e 39 equipes de saúde da família.

Os critérios de inclusão compreenderam: profissionais que atuavam nos municípios pertencentes à CRS vinculados a ESF, que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

Aspectos éticos

A presente pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando assim as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), parecer nº 23081.016231/2007-62.

Método de coleta de dados

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas. Esse foi constituído por duas partes: a primeira referente a dados pessoais dos pesquisados, com a finalidade de traçar o perfil dos trabalhadores das equipes de ESF e gestores. A segunda parte foi composta apenas de questões abertas relacionadas aos aspectos do processo de trabalho. A coleta de dados foi realizada nos meses de Julho a Agosto de 2007.

O envio dos questionários aos municípios da CRS foi realizado por correio, acompanhado de nota explicativa e duas cópias do termo de consentimento livre e esclarecido. Salienta-se que foi estabelecido contato telefônico prévio com os coordenadores das equipes de ESF para comunicar o envio do instrumento de coleta de dados. Foram enviados 479 questionários e retornaram respondidos 126.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com base na análise temática⁽⁴⁾. Este tipo de análise ocorre por meio da organização, leitura e discussão dos dados coletados, sendo constituída de três fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Para o

tratamento dos dados não foi utilizado nenhum teste estatístico, apenas a comparação entre as frequências relativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados os dados referentes às características dos participantes e a percepção dos mesmos em relação ao processo de trabalho nas equipes de saúde da família.

Caracterização dos participantes da pesquisa

Após análise dos questionários, foi possível identificar as características das equipes de ESF, conforme apresentado na Tabela 1, dados estes referentes à análise da primeira parte do questionário.

Tabela 1 - Caracterização dos trabalhadores que integram as equipes de ESF e gestores, 15ª Coordenadoria Regional de Saúde - Palmeira das Missões, RS - 2007-2008

Variável	Número (n=126)	%
Idade (anos)		
19 – 30	48	38,1
31 – 40	38	30,1
41 – 50	34	27,0
> 51	06	4,8
Sexo		
Masculino	27	21,4
Feminino	99	78,6
Profissão		
Médico	11	8,7
Técnico de Enfermagem	09	7,1
Auxiliar Enfermagem	07	5,6
Enfermeiro	26	20,6
Dentista	11	8,7
Nutricionista	01	0,8
Servente	01	0,8
Secretário de saúde	01	0,8
Agente de saúde	50	39,7
Agricultor (gestor)	01	0,8
Técnico em agropecuária (gestor)	01	0,8
Servidor público (gestor)	01	0,8
Não especificou	04	3,2
Auxiliar de dentista	02	1,6
Tempo de formação (em anos)		
< 1	3	2,44
1 – 5	25	19,8
6 – 10	16	12,7
11 – 20	13	10,3
21 – 30	7	5,6
Não respondeu ou não possui	62	49,2

Com relação à caracterização das equipes de ESF, a faixa etária predominante dos profissionais foi de 19 a 30 anos (38,1%), o que demonstra uma representação jovem dos

profissionais que atuam na ESF. Também foi observada uma formação profissional recente, que variou de 1 a 5 anos. Essas características podem contribuir para a consolidação da Estratégia, tendo em vista as possibilidades de mudança apontadas pelas novas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde.

O ensino em saúde vem adequando sua estrutura de formação na medida em que aproxima os estudantes antecipadamente ao exercício pré-profissional por intermédio das atividades realizadas extra-classe. A partir dessa oportunidade o profissional em formação pode conhecer e discutir a conjuntura atual das políticas públicas de saúde, entre elas a Política Nacional da Atenção Básica com foco na Saúde da Família. Os cursos de graduação, em sua maioria, têm uma formação generalista, o que possibilita ao estudante desenvolver competências e habilidades para intervir nas mais variadas situações dentro do processo saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades⁽⁵⁾.

O fato de encontrar uma formação profissional recente entre os participantes da pesquisa coloca em questão as características do ensino, as expectativas do exercício profissional dos egressos e as políticas do trabalho em saúde, sendo estas, as principais fontes que respaldam as ações dos trabalhadores em saúde.

Tematizar a formação profissional é importante para entender o contexto das práticas em saúde, tendo em vista a marca histórica deixada pelo ensino centrado nos conteúdos biomédicos e a tentativa atual das instituições formadoras para colocar em ação as indicações das novas Diretrizes Curriculares⁽⁶⁾.

Quanto à especialização, no caso dos profissionais de nível superior (enfermeiro, médico, dentista e nutricionista), as principais áreas de atuação mencionadas foram Saúde Coletiva (16,7%), Saúde Pública (12,5%) e Administração Hospitalar (8,3%). Os dados demonstraram a busca dos trabalhadores pelo aperfeiçoamento da prática profissional em áreas do conhecimento importantes para a implementação e a consolidação da proposta da ESF. Em contrapartida, estudo realizado com enfermeiras que trabalhavam na ESF em Marília/SP, mostrou que nenhuma delas possuía especialização na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública⁽⁷⁾.

Quanto à distribuição por sexo, houve predominância do sexo feminino (78,6%) entre os profissionais que compõem essas equipes. A maior parte dos sujeitos da pesquisa foram agentes de saúde, enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, correspondendo à composição da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde para o funcionamento da ESF⁽²⁾.

Quanto ao tipo de contrato de trabalho, houve predominância das categorias Celetista/CLT (38,1%) e contratos temporários (32,5%). Esses tipos de contratos podem dificultar o estabelecimento de vínculo do profissional com o serviço e a população atendida. Estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde⁽⁸⁾ demonstraram que a maioria dos tra-

balhadores de saúde que atuam no SUS foram contratados nas modalidades anteriormente citadas, o que ocasiona uma instabilidade na sua carreira profissional. A instabilidade do vínculo trabalhista é apontada como um dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes da ESF⁽⁹⁾. Pesquisa realizada com médicos inseridos na ESF mostrou que a precariedade dos contratos e a não garantia dos direitos trabalhistas figuram entre as queixas mais recorrentes dos indivíduos pesquisados⁽¹⁰⁾. Outra forma de contrato dos profissionais da ESF ocorre pela indicação político-partidária, comum e evidente em municípios de pequeno porte, podendo contribuir para a inserção de profissionais com conhecimento inespecífico na área de saúde da família. A forma de contrato de trabalho interfere diretamente nos serviços prestados, devendo esta garantir estabilidade e fortalecer o vínculo empregatício, além de possibilitar vínculo profissional/usuário e responsabilidade social⁽¹¹⁾.

Percepção dos trabalhadores das equipes de ESF sobre o seu processo de trabalho

Os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre a existência ou não de dificuldades no processo de trabalho das equipes de ESF, sendo que os resultados foram categorizados e estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais e gestores no processo de trabalho nas equipes de ESF*, 15ª Coordenadoria Regional de Saúde - Palmeira das Missões, RS - 2007-2008

Dificuldades	Número*	%
Falta de infra-estrutura	42	26,1
Dificuldade de trabalho em equipe	27	16,8
Responderam não ter dificuldades	17	10,6
Dificuldade da população quanto à compreensão da proposta da ESF	15	9,3
Falta de especialização	14	8,7
Entendimento equivocado dos gestores	13	8,1
Profissionais sem perfil	10	6,2
Número elevado de famílias por equipe	07	4,3
Falta de integração dos gestores, equipe e comunidade	05	3,1
Valorização profissional	04	2,5
Forma de contratação	03	1,9
Burocracia do sistema	02	1,2
Respondeu haver dificuldade, porém não especificou	01	0,6
Não respondeu	01	0,6
TOTAL	161	100

* Alguns indivíduos referiram mais de uma dificuldade

Quanto às dificuldades referidas pelos pesquisados, foi observada com maior expressividade a falta de infra-estrutura das unidades básicas de saúde. Foi destacada a ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias, principalmente na zona rural. Também há escassez de materiais e equipa-

mentos para a realização do trabalho, especialmente medicamentos, materiais para curativos e de limpeza. Dados da literatura confirmam que a falta ou deficiência de infra-estrutura comprometem o planejamento e a execução das propostas da ESF, interferindo de modo direto no trabalho da equipe e na assistência prestada aos usuários e ainda gerando desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades⁽¹²⁻¹⁴⁾. Nessa direção, pesquisa realizada em Minas Gerais encontrou como principais dificuldades para a realização de trabalho na ESF a falta de transporte, infra-estrutura, equipamentos, medicamentos, apoio dos órgãos responsáveis pela ESF, recursos humanos, vontade política, repasse de verbas da prefeitura e aplicação indevida de verbas, entre outros⁽¹¹⁾. Esses problemas também foram enfrentados por egressos da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP ao ingressarem como profissionais no sistema público de saúde⁽¹⁵⁾. Isso mostra que tais problemas não são exclusivos da ESF, mas fazem parte do contexto da Saúde Pública brasileira, exigindo assim a construção de projetos governamentais de maior amplitude⁽¹¹⁾. No entanto, é fundamental a participação popular, o controle social e o comprometimento de todos os agentes envolvidos para a consolidação do sistema, sejam usuários, gestores ou profissionais.

No que se refere ao trabalho em equipe, foram relatadas dificuldades por aproximadamente 17% dos pesquisados, dentre elas falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização do trabalho, caracterizando uma compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras. O conceito de trabalho em equipe pode ser entendido como uma modalidade de trabalho coletivo, em que configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A interação é uma prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos e com o objetivo de construir um projeto comum de trabalho⁽¹⁶⁾. Essas dificuldades apontadas pelos pesquisados no que se refere ao trabalho em equipe contrapõem o entendimento do trabalho em saúde como algo coletivo. A ausência de um planejamento coletivo das ações proporciona a prestação parcelar da assistência por parte do profissional, não contemplando as múltiplas facetas das necessidades de saúde dos usuários, descaracterizando a proposta preconizada pela ESF.

Pesquisa realizada com enfermeiras que atuam na ESF em Marília/SP, mostrou que, com relação ao trabalho em equipe, 62,5% das enfermeiras entrevistadas relataram encontrar dificuldades de interação com a equipe e consideraram que estas dificuldades são de ordem pessoal e profissional. Estas, também relataram que o trabalho em equipe promove a sobreposição de função com outro profissional de saúde. Outro dado interessante revelado por este estudo foi a sugestão sobre trabalho fornecido pelas próprias enfermeiras, dentre eles o saber trabalhar em grupo e, ser preparada, ainda na graduação, para trabalhar em equipe⁽⁷⁾, corroborando assim os achados da presente pesquisa.

Um dado que chamou a atenção foi a resposta dos pesquisados de não haver dificuldades no seu processo de trabalho.

No entanto, dados da literatura demonstram que as dificuldades estão presentes na maioria das pesquisas realizadas com as equipes de ESF no seu processo de trabalho^(10,14,17). Essa realidade nos faz pensar que os profissionais podem estar tendo dificuldades para analisar e expressar os ruídos do cotidiano nos seus micro-espacos de trabalho. Outras possibilidades para esse resultado incluem a postura passiva no que tange ao seu processo de trabalho, a não-criticidade dos profissionais e o distanciamento do referencial que subsidia as ações da ESF.

Outra dificuldade apontada pelos pesquisados diz respeito à falta de compreensão da população quanto à proposta da ESF. Esse dado também foi relatado em pesquisa realizada na ESF de dois municípios de Minas Gerais⁽¹⁴⁾. Uma possível explicação para esse achado pode ser a não-politização da população, o não conhecimento de seus direitos de cidadão, a não participação dos usuários nos processos decisórios em saúde, a carência ou inexistência de atividades de sensibilização e educação em saúde quanto à proposta da estratégia, a ansiedade dos profissionais em enquadrar as queixas dos usuários em condutas biomédicas e, ainda, a inflexibilidade na gestão.

Uma dificuldade referida pelos trabalhadores foi a falta de qualificação profissional. Esta é fundamental para o aprendizado dos profissionais e aperfeiçoamento dos serviços de saúde e também para as relações sociais estabelecidas inter e intra-equipes e com os usuários, o que proporcionaria uma melhora na qualidade da assistência prestada⁽¹⁵⁾. A implementação de uma estratégia de valorização da qualificação do profissional das equipes da ESF deve promover a autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com os usuários dos serviços, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades de atenção primária⁽²⁾.

O entendimento equivocado dos gestores em relação à ESF foi outra dificuldade relatada pelos pesquisados. É possível, em algumas situações, perceber uma divergência quanto ao processo de trabalho da equipe de saúde da família e o modelo de gestão. Pesquisa evidenciou a presença de práticas gerenciais centralizadoras, autoritárias pautadas em teorias administrativas que buscam a excessiva normatização e controle burocrático das práticas em saúde, privando assim a autonomia dos trabalhadores⁽¹⁷⁾. Estudo realizado em Juiz de Fora/MG com equipes de ESF encontrou características semelhantes no modelo gerencial, como as relações de poder *em cascata* entre os gestores, trabalhadores de nível superior e médio⁽¹⁸⁾.

Ainda foi relatada como dificuldade a falta de perfil dos trabalhadores para atuar nas equipes de ESF, expressa sob a forma de falta de comprometimento dos mesmos e conseqüentemente, não resolutividade das ações em saúde. O trabalho desses profissionais na ESF exige que estes sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade⁽¹⁵⁾. A falta de perfil influencia negativamente na mudança do modelo assistencial de saúde proposto pela ESF.

Os elementos constituintes do processo de trabalho incluem objeto, instrumentos e finalidades. A partir do conhecimento do objeto no processo de trabalho, define-se a prática e os instrumentos a serem utilizados visando atingir a finalidade do trabalho⁽¹⁷⁾. Quando o objeto de trabalho é a família no seu contexto de vida, os profissionais das equipes de ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas utilizando como instrumentos a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização, tendo como finalidade atingir a resolutividade das necessidades em saúde individuais e coletivas. O processo de trabalho na ESF exige tais habilidades e sua ausência pode ser um fator que contribua para a presença de profissionais com dificuldades de utilizar essas referenciais em sua atividade profissional.

Quanto ao número elevado de famílias por equipe, estudo realizado no interior do Estado de São Paulo relatou uma tentativa de reestruturação quanto ao número excessivo de famílias atendidas⁽¹⁷⁾. No entanto, não houve apoio dos gestores para a resolução deste problema, demonstrando a tendência de uma prática centralizadora e pouco democrática. Segundo o Ministério da Saúde⁽²⁾, uma equipe de saúde da família deve ser responsável por atender em torno de 1.000 famílias para que seja possível contemplar as atividades propostas pela estratégia e estabelecer o vínculo com a comunidade.

A forma de contratação foi apontada como uma das dificuldades em função da instabilidade no trabalho e está evidente e discutida anteriormente.

Uma pesquisa realizada com cinco médicos da ESF de um município do Nordeste do Brasil mostrou que as dificuldades enfrentadas por eles do ponto de vista das condições de trabalhos são semelhantes àquelas aqui relatadas. Além da instabilidade trabalhista, da precariedade dos locais de trabalho (foram recorrentes as queixas quanto à falta de espaço físico adequado, de recursos humanos, de materiais e medicamentos), também foi considerado como desgastante o excesso de trabalho gerado pelo grande número de famílias atendidas pela equipe, as distâncias a serem percorridas para ir ao campo, a precariedade ou inexistência de veículos para o deslocamento dos profissionais, a manutenção da remuneração no mesmo patamar salarial e o atraso no pagamento. Foi destacado que, a situação se agrava nas áreas rurais, onde as condições das Unidades de Saúde da Família são mais precárias, aliadas às dificuldades de comunicação com a sede do município⁽¹⁰⁾.

Esse estudo mostrou que dificuldades identificadas pelos trabalhadores de saúde e gestores estão relacionadas a diversos fatores como instabilidade trabalhista, precariedade dos locais de trabalho, excesso de trabalho gerado pelo grande número de famílias atendidas pela equipe, entre outros.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui apresentados e discutidos corroboram pesquisas anteriores e mostram que, a experiência prática da estratégia revela fragilidades de diferentes ordens –

infra-estrutura, condições de trabalho, trabalho em equipe, entre outras – que repercutem claramente na motivação dos profissionais e, certamente, limitam o alcance dos objetivos pretendidos pela ESF.

Entre essas fragilidades, o presente estudo destaca a ausência de percepção de dificuldade pelos trabalhadores sobre seu processo de trabalho e a falta de compreensão da população quanto à proposta da ESF. Tais achados são pouco abordados por outros estudos, constituindo aspectos relevantes a serem considerados no processo de trabalho das equipes de saúde e na implementação da ESF, que tem como finalidade a mudança do modelo assistencial, com o exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Martines WR, 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2009 out. 22]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
3. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):65-72.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133, de 7 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação [legislação na Internet]. Brasília; 2001. [citado 2009 out. 22]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
6. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 13-35.
7. 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.
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: OPAS; 2002.
9. Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2008;24(4):862-70.
10. Meneses e Rocha AAR, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):303-16.
11. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-18.
12. Mattos ATR, Caccia-Bava MCG. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(1):36-45.
13. Colomé ICS, Lima MADS. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(4):548-56.
14. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):23-34.
15. L'Abbate S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Cad Saúde Pública*. 1999;15 Supl 2:15-27.
16. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
17. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(23):655-66.
18. Friedrich DBC, Pierantoni CR. 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*. 2006;16(1):83-97.

Agradecimentos

Apoio de uma CRS do interior do estado do RS e a colaboração das equipes de ESF que a integram. Apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa – FIPE/UFSM e do Programa Especial de Incentivo às Publicações Internacionais / PRPGP / UFSM (ou “Pró-Publicações Internacionais /PRPGP / UFSM”).