

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Vera Gardênia Alves Viana

**O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE
MÉDICOS E ENFERMEIROS**

Goiânia

2016

Vera Gardênia Alves Viana

**O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE
MÉDICOS E ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a Maysa Ferreira Martins
Ribeiro

Goiânia

2016

V614t

Viana, Vera Gardênia Alves

O trabalho na estratégia de saúde da família na perspectiva de médicos e enfermeiros[manuscrito]/ Vera Gardênia Alves Viana.-- 2017.

98 f.; il. 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde Goiânia, 2017

Inclui referências f.22-37

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Família - Saúde e higiene. 3. Enfermeiro e médico. I.Ribeiro, Maysa Ferreira Martins. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: 613.9(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Vera Gardênia Alves Viana

O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 09 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Presidente da banca PUC Goiás

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenbergher
Membro efetivo interno ao programa PUC Goiás

Prof. Dr. Celmo Celeno Porto
Membro efetivo externo ao programa UFG

Prof^a. Dra. Patrícia Leite Alvares Silva
Membro interno ao programa PUC Goiás

Prof^a. Dra. Maria Alves Barbosa
Membro externo ao programa UFG

DEDICATÓRIA

À minha família pelo apoio, incentivo e amor.

Ao meu marido Joedno Fabriny, meus filhos Enzo Augusto e Ian Pedro, razão principal de minha vida, meu carinho e meu amor.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes do estudo, pela aceitação e compromisso. Suas falas permitiram apresentar com fidedignidade suas vivências.

Às secretarias municipais de saúde de Ibiassucê, Lagoa Real e Rio do Antônio, por aprovarem a realização da pesquisa em suas unidades de saúde.

À prof.^a Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro pela orientação conduzida com sabedoria, competência, solicitude, amizade e disponibilidade. Muito obrigada por compartilhar seu conhecimento e contribuir com a construção deste estudo e obrigada principalmente, pelo incentivo e por acreditar em minha capacidade.

Aos Prof.^{os} Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenbergher, Prof. Dr. Celmo Celso Porto, Prof.^a Dra. Patrícia Leite Álvares Silva, Prof.^a Dra. Maria Alves Barbosa, componentes da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

Aos professores do curso de Mestrado em Atenção à Saúde, minha especial gratidão às professoras Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza e Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila pela humildade, conhecimento, profissionalismo, carinho e amizade compartilhados ao longo do curso.

À FAPPEG que subvencionou recursos para a concretização do presente trabalho.

RESUMO

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. **O Trabalho na Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de médicos e enfermeiros**. 2017. 99p. Dissertação (Mestrado de Atenção à Saúde) – Pontifícia universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2017.

No Brasil, Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um seguimento de comprovada importância para a reorientação do modelo assistencial por meio da Atenção Primária à Saúde. O objetivo deste trabalho é conhecer como médicos e enfermeiros descrevem a sua atuação na ESF- com foco em aspectos que motivam e/ou desmotivam a permanência deles na ESF. Utilizou-se abordagem construída com base nos métodos da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram das entrevistas semiestruturadas seis médicos e seis enfermeiras que atuam na ESF, de três municípios do interior da Bahia - Brasil. Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados de acordo com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2015 e julho de 2016. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas seguindo a Teoria Fundamentada nos Dados. De acordo com este método, a análise começou com a codificação inicial. Nesta etapa, as entrevistas foram examinadas minuciosamente, linha a linha, para resultar nos incidentes e, posteriormente, na elaboração de códigos. No passo seguinte, os códigos foram comparados entre si e foram agrupados pelas similaridades ou diferenças para formar as categorias. Durante o processo de codificação, foi utilizado o registro das ideias e percepções que resultaram no memorando. Em sequência ao processo de análise e redação do memorando, passou-se para a construção dos diagramas e a elaboração do modelo teórico. Durante a confecção dos diagramas e dos modelos teóricos, vários desenhos foram construídos e aperfeiçoados. A princípio foi elaborado um modelo teórico para representar o contexto apresentado pelos médicos e outro para os enfermeiros. Posteriormente, os modelos teóricos que representavam as vivências dos dois grupos de profissionais resultaram no modelo teórico final, representando a experiência de médicos e enfermeiros na ESF. O modelo teórico final evidenciou sete categorias, seis categorias com predomínio de fatores que afastam os médicos e enfermeiros do trabalho na ESF: a graduação não prepara para a realidade; rotatividade; lugar para o médico iniciar e terminar a carreira; a medicina tem emprego fácil e pode burlar o sistema; a enfermagem tem sobrecarga de trabalho; a peça chave é desvalorizada. O estudo ainda permite apresentar uma categoria com os fatores, apontados por médicos e enfermeiro, que contribuirão com a qualidade da assistência na ESF: a educação em serviço, o trabalho em equipe, a criação do vínculo com a comunidade e o reconhecimento pelo trabalho. O modelo teórico apresenta um sistema de saúde frágil que afasta médicos e enfermeiros do trabalho na ESF. A baixa permanência desses profissionais na ESF compromete diretamente os resultados da assistência prestada e no acesso ao serviço de saúde.

Descritores: Estratégia de Saúde da Família; médicos; enfermeiros; prática profissional.

ABSTRACT

VIANA, V. G. A.; RIBEIRO, M. F. M. **The work of the Family Health Strategy from the perspective of physicians and nurses**. 2017. 99p. Dissertation (Master's in Health Care) – Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Brazil, 2017.

In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) has proven to be a significant path towards re-orienting the healthcare model through primary health care. The objective of this study was to learn how physicians and nurses describe their practice in FHS – focusing on aspects that motivate and/or demotivate them from staying in the FHS. Grounded theory methods were adopted. Semi-structured interviews were conducted with six physicians and six nurses working in the FHS in three municipalities in the state of Bahia, Brazil. All research procedures were conducted according to the ethical guidelines set forth in Resolution 466/12 of the Brazilian National Health Council. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Pontifical Catholic University of Goiás. Data were gathered between November 2015 and July 2016. The interviews were recorded and fully transcribed, and analyzed based on grounded theory. According to this method, analysis began with initial coding, in which interviews were thoroughly examined, line per line, resulting in incidents, which then resulted in codes. The codes were then compared among themselves and grouped by similarities or differences to form categories. During the coding process, the researchers took notes about ideas and perceptions that emerged, resulting in a memo. Then, diagrams were constructed and the theoretical model created. During this phase, several designs were constructed and perfected. First, one theoretical model was created to represent the context presented by the physicians and another for nurses. Then, the theoretical models that represented the experiences of both groups resulted in the final theoretical model, representing the experience of both FHS physicians and nurses. The final theoretical model included seven categories; six categories emphasized factors that drive physicians and nurses away from FHS: undergraduate studies do not prepare for reality; turnover; a place for physicians to begin and end their career; medicine has easy employment and can cheat the system; nurses are overloaded; the key element does not receive due recognition. The study also presented one category with factors that, according to the physicians and nurses, contribute to the quality of FHS care: on-site training, teamwork, creating ties with the community, and receiving recognition for one's work. The theoretical model presented a fragile healthcare system that demotivates physicians and nurses from working in the FHS. Low permanence rates of these professionals in the FHS directly compromises care outcomes and access to health services.

Descriptors: Family Health Strategy; Physicians; Nurses; Professional Practice.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1	Microrregião de Saúde do Estado da Bahia	40
Figura 2	Mapa do município de Ibiassucê	41
Figura 3	Mapa do município de Lagoa Real	41
Figura 4	Mapa do Município de Rio do Antônio	41
Figura 5	Diagrama que representa o processo de análise de dados	47
Figura 6	Diagrama que representa a visão dos médicos sobre a ESF	51
Figura 7	Modelo teórico que representa as fragilidades do sistema que afastam o médico da ESF	63
Figura 8	Diagrama que expressa a percepção das enfermeiras sobre a ESF	64
Figura 9	Diagrama do modelo teórico que representa as fragilidades do sistema que fazem com que o enfermeiro tenha perspectivas ruins na ESF	72
Figura 10	Diagrama que representa o modelo teórico das fragilidades do sistema que levam os profissionais a deixarem a ESF.	74

Quadros

Quadro 1	Processo de codificação linha a linha e focal	44
----------	---	----

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Dados pessoais e relacionados ao trabalho dos médicos na ESF. Ibiassucê, Lagoa Real e Rio do Antônio, Bahia, 2016.	50
Tabela 2	Dados pessoais e relacionados ao trabalho das enfermeiras na ESF. Ibiassucê, Lagoa Real e Rio do Antônio, Bahia, 2016.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional do SUS
DAB/MS	Departamento da Atenção Básica
EaD	Ensino a Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
e-SUS	Sistema Único de Saúde eletrônico
IAP	Instituto de Aposentadorias de Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOTO	Jogo de Loteria
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBL	<i>Problem-Based learn</i> (Ensino Baseado em Problema)
PEC	Prontuário Eletrônico de Cidadão
PMAQ-AB	Programa de Melhora do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 Atenção Primária à Saúde	22
2.2 Reforma Sanitária Brasileira e o SUS	25
2.3 Modelos de atenção à saúde no Brasil	26
2.4 Estratégia de Saúde da Família	32
3 OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo geral	38
4 MÉTODO	39
4.1 Tipo de estudo	39
4.2 Locais de estudo	39
4.3 População	42
4.4 Critérios de inclusão	42
4.5 Critérios de exclusão	42
4.6 Amostras	42
4.7 Procedimentos de coleta de dados	43
4.8 Análise dos dados	45
5 RESULTADOS	49
6 DISCUSSÃO	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS	93
APÊNDICE	
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA	99

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em enfermagem e iniciei minha carreira profissional na unidade hospitalar no ano de 2004. Minha trajetória na Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou no ano de 2006, sem qualquer plano ou preparo específico para atuar nessa área. Mudei de emprego e de área de atuação, em decorrência de mudança da gestão municipal. Ao longo dos quase 10 anos de experiência na ESF, trabalhei em cinco cidades diferentes. Inicialmente, atuei como enfermeira de saúde da família e, ultimamente, na gestão (como coordenadora da atenção básica). Esses anos me proporcionaram a vivência e conhecimento das dificuldades e dos encantos de trabalhar na ESF.

Com os conhecimentos adquiridos na prática, na especialização e na educação em serviço, mudei a minha percepção de saúde e conseqüentemente, a minha prática. Entretanto, muitos obstáculos surgiram e impediram a efetividade da prática assistencial, especialmente, pelo modelo assistencial praticado no país e pelas mais diversas dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho. No trabalho de gestão, busquei algumas tentativas para intervir nessas dificuldades, por exemplo, a educação em serviço. Porém, é uma solução transitória, uma vez que poucos profissionais permanecem nas equipes, em virtude da rotatividade de profissionais.

As pesquisas têm a finalidade de apresentar os problemas que devem ser resolvidos, como também buscar soluções para esses problemas ou até mesmo identificar experiências exitosas que podem servir de modelo para outros profissionais. Neste caso, minha pesquisa tem a intenção de retratar as experiências na ESF, tanto as favoráveis quanto as difíceis, e espero que essas experiências permitam ampliar as discussões sobre a qualidade assistencial que, até o momento, não foi de fato alcançada no Brasil.

Ainda é necessário dizer que vejo o modelo de atenção à saúde voltada para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças, reabilitação e cura, como a fórmula para melhorar a qualidade e a resolutividade do sistema de saúde no país. Esse modelo segue os atributos da atenção primária à saúde e deve ser regido por uma rede de atenção à saúde. Entretanto existe a visível necessidade de ampliar as pesquisas nessa área para encontrar soluções que modifiquem o sistema extremamente curativo, especializado e assistencialista que visualizamos hoje.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2012, a ONU aprovou a resolução sobre a Cobertura Universal da Saúde e solicitou aos governantes amplos esforços para alcançar o acesso aos serviços de saúde. A garantia da cobertura e acesso ao sistema de saúde envolvem condições estruturais adequadas, recursos humanos de qualidade e número suficiente para atender à população com qualidade (CAMPBELL, 2013; ONU, 2012).

A escassez global de profissionais de saúde é uma situação preocupante. A demanda por serviços de saúde é crescente, em virtude do crescimento demográfico, envelhecimento da população e transição epidemiológica. A projeção é que, até o não de 2030, haverá um déficit de mais de 18 milhões de trabalhadores de saúde em todo o mundo (OMS, 2016).

No Brasil, existem regiões, especialmente em áreas de difícil acesso, que o número de profissionais de saúde é insuficiente. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e depois com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a dificuldade para provisão de trabalhadores para a saúde tornou-se perceptível. Atualmente, existem mais de 40.621 equipes de saúde da família, com cobertura de 64,32%, da população o que corresponde a mais de 120 milhões de pessoas a serem assistidas (BRASIL, 2016).

O país possui uma extensa área territorial, realidades culturais e de saúde bastante diversificadas. Por isso, necessita de uma oferta de profissionais comprometidos, motivados, atuantes e preparados para as mais distintas e complexas realidades do país. Porém, a ausência de profissionais de saúde ou a elevada rotatividade destes, em diversas regiões do país, vêm comprometendo demasiadamente a prestação e a qualidade da atenção à saúde. Com isso, a criação do vínculo profissional-usuário, profissional-profissional e profissional-programa fica deficiente (LIMA, 2012).

Além da falta de profissionais, no Brasil existe uma contradição entre a formação e o perfil do profissional exigido para o trabalho no SUS. Os profissionais de saúde, no país recebem na graduação uma formação desvinculada da realidade do SUS, afinada no modelo clínico, com disciplinas isoladas, e, assim, o futuro profissional de saúde tem dificuldade para ampliar a sua visão de saúde, articular o conhecimento e o raciocínio de clínica ampliada, para tratar do indivíduo

considerando sua complexidade como ser biopsicossocial (COSTA; MIRANDA, 2008; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

O Ministério da Saúde utiliza algumas estratégias para suprir a necessidade de profissionais em regiões remotas do país, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médico. Os programas garantem a provisão de profissionais por um período pré-estabelecido, entretanto é regido por contrato de trabalho precarizado. O impacto dos programas em relação à rotatividade de profissionais resulta em soluções provisórias, que não resolvem os problemas estruturais e organizacionais, impregnados no sistema desde a sua implantação. (BRASIL, 2011, 2013; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Os impasses na disponibilidade, distribuição, qualificação de médicos e enfermeiros interferem na qualidade e resultados dos cuidados prestados. A baixa atratividade dos serviços de saúde é resultado de uma política de saúde que negligencia as condições de trabalho e que possui financiamento ineficaz. O déficit de profissionais interfere tanto na equidade quanto na universalidade do acesso, requisitos básicos para atender aos atributos da atenção primária à saúde.

Dessa forma, é fundamental ampliar o escopo de informações sobre a dinâmica de trabalho dos médicos e enfermeiros que atuam na ESF, compreender suas motivações para o trabalho, suas experiências no cuidado à saúde e os fatores que interferem na sua permanência nesse serviço. Este estudo busca maior apreensão sobre a rotina do serviço na ESF e suas implicações para a rotatividade de médicos e enfermeiros.

A partir dessas informações espera-se concorrer para o conhecimento da dinâmica dos serviços de saúde e encontrar alternativas que tornem a realidade da atenção primária à saúde mais atrativa para os médicos e enfermeiros. A compreensão dessa realidade de trabalho permitirá melhorar a produção do serviço de saúde, suas práticas e, conseqüentemente, oferecer condições de saúde de qualidade para a população.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Atenção primária à saúde

O termo atenção primária à saúde teve origem na Grã-Bretanha, em 1920, por meio do Relatório de Dawson, que tratava da organização dos serviços, dividindo-os em centros de saúde primários, secundários e hospital-escola. Naquele momento, surgiu um conceito para os serviços com características hierárquicas e regionalizadas. O serviço de atenção à saúde foi organizado com o intuito de atender às necessidades médicas da população (STARFIELD, 2002).

Entretanto, o marco histórico da atenção primária à saúde foi a Conferência Internacional sobre atenção primária à saúde realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, uma das repúblicas da então União Soviética. A Conferência foi organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1978, e foi o espaço para críticas sobre os modelos verticais de combate às endemias e o modelo médico hegemônico de característica intervencionista e cada vez mais especializada (GUIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na Conferência de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde foram definidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (BRASIL, 2011, p.36).

A Declaração de Alma-Ata lançou, em âmbito mundial, a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e afirmou a responsabilidade dos governos com a saúde de seus povos, por meio de medidas sanitárias e sociais, colocando a saúde como um direito humano fundamental e uma das mais relevantes metas sociais mundiais (BRASIL, 2011; GUIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A atenção primária à saúde possui o intuito de atender aos principais problemas da comunidade com serviços de prevenção, promoção, tratamento e

reabilitação, para ampliar a saúde e o bem-estar da população. A atenção primária tem o papel de organizar e racionalizar os recursos de todos os níveis de atenção, tanto os básicos quanto os especializados, direcionando-os para a promoção e manutenção da saúde, embasados na realidade do território (STARFIELD, 2002).

Após a Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde passou a ser vista como uma atenção essencial, apoiada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas. Ela é o ponto de partida de um processo contínuo de assistência sanitária orientada pelo princípio de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, foco na proteção e na promoção da saúde (GUIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Entretanto, nas décadas de 70 e 80 houve uma redução do papel do estado nas políticas sociais inspiradas pelo neoliberalismo, que provocou a fragilização dos esforços para enfrentar os problemas de saúde. Isso aconteceu, principalmente, em países capitalistas optantes pelo “estado mínimo”, ou seja, o modelo que reduz os gastos públicos em oposição à sua responsabilidade de provisão de bens e serviços para o atendimento das necessidades sociais. O corte nos gastos da saúde interferiu diretamente na noção de atenção primária à saúde e no célebre lema de saúde para todos (LIMA, 2002; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Os países em desenvolvimento, financiados pelos organismos financeiros internacionais, encontraram como alternativa, para as elevadas despesas da saúde especializada ou da atenção primária à saúde abrangente, seguir a linha da atenção primária à saúde seletiva que direciona as ações de saúde de baixo custo para atender às enfermidades de países pobres e população carente (GUIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Desse modo, difundiu-se a atenção primária à saúde com o enfoque seletivo. Para Giovanella e Mendonça (2012), a atenção primária à saúde seletiva desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade. As ações seletivas priorizam alguns problemas específicos da população carente, utilizando recursos limitados. Um exemplo são as ações desenvolvidas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (crescimento e desenvolvimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização). Apesar de sua indiscutível importância, essas ações não deveriam ser aplicadas de maneira isolada, pois apresentam pouca efetividade. Os resultados alcançados serão provisórios enquanto não forem atendidas as necessidades básicas essenciais da população,

como o saneamento básico, o acesso à rede geral de abastecimento de água e esgoto, a educação, o emprego, além de outros serviços fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de doenças (GUIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 2003, 25 anos após a conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) passaram a discutir a necessidade de renovar a proposta da atenção primária à saúde, por entender a importância de rever e corrigir algumas fragilidades e divergências, além de aprimorar as estratégias para o enfrentamento dos novos desafios da saúde. Naquele momento, foi elaborado um documento com o objetivo de atualizar e revigorar a atenção primária à saúde, para que o desenvolvimento dos sistemas de saúde pudesse ser adaptado pelos mais distintos contextos políticos, sociais e culturais (OMS/OPAS, 2008).

Em 2008, ainda com a intenção de renovar a atenção primária à saúde, durante a comemoração dos 30 anos de Alma-Ata foi lançado o relatório: atenção primária à saúde: Agora mais do que nunca. O relatório aponta para as mudanças da atenção primária à saúde que não são mais consideradas um programa de baixo custo para combater as principais doenças dos países pobres, pobre para pobres, e sim como coordenadora de uma resposta integral, para integrar um conjunto de reformas que garanta a cobertura universal e que institucionalize a participação social (GUIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Além disso, novos desafios epidemiológicos surgiram em função de mudanças nas características da população, como: aumento dos problemas de saúde, especialmente ligados às doenças crônicas não transmissíveis; novas doenças infecciosas e desastres naturais. Esses desafios mostram a necessidade de reverter erros e inconsistências presentes na abordagem seletiva da atenção primária à saúde. Por isso, é de fundamental importância desenvolver práticas eficazes de combate à saúde precária e iniquidades sociais que são, na verdade, os fatores que determinam a situação de saúde da população (OMS/OPAS, 2008).

Portanto, diversos países (pobres ou ricos) enfrentam a necessidade de alterar os seus sistemas de saúde, apesar das diferentes características econômicas e sociais que possuem. Os avanços no conhecimento dos determinantes da saúde, o desenvolvimento de novas tecnologias e as novas capacidades de detectar, manejar a enfermidade, prevenir doenças e promover a saúde, apesar das

mudanças de perfil demográfico, têm levado os países a repensar as economias e cortes de gastos com a saúde (STARFIELD, 2002).

Para enfrentar as mudanças populacionais e ambientais e a necessidade de renovação da atenção primária à saúde, é necessário refletir e ampliar o conhecimento sobre as características da atenção primária à saúde. Os atributos essenciais da atenção primária à saúde são: primeiro contato dentro do sistema de saúde; assistência continuada (longitudinalidade), cuidado integral (prevenção, promoção, reabilitação, tratamento); coordenação da atenção com os demais níveis do serviço de saúde; foco na família, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

Além dos atributos da Atenção Primária à saúde para alcançar uma abordagem renovada, é necessário aplicar e aprimorar a prática baseada em evidências que é uma abordagem que possibilita melhorar a assistência à saúde por meio da atuação fundamentada em resultados de pesquisas. Assim como é necessário um sistema de saúde guiado pelas necessidades das pessoas, com fomento à qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, controle social e intersetorialidade (OMS/OPAS, 2008).

2.2 Reforma Sanitária Brasileira e SUS

Após apresentar uma reflexão sobre a atenção primária à saúde, primeiro nível de atenção ao indivíduo e eleito no Brasil como ordenador dos demais serviços de saúde, segue a apresentação da Reforma Sanitária Brasileira e a origem do SUS. Sistema público de ações e serviços de saúde, em vigor em todo o território nacional.

No Brasil, durante o período de 1968 a 1975, aconteceu o chamado de Milagre da Saúde. Houve uma grande expansão e investimento da medicina especializada. Principalmente porque, naquele momento, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) apresentava um orçamento considerável e investia amplamente no setor privado, com compra de serviços, favorecendo a expansão do complexo médico industrial, e então, a saúde passou a ser vista como um bem de consumo (LUZ, 1991).

No fim desse período, entre 1974 e 1975 o modelo econômico e político começaram a sofrer uma queda de arrecadação e mostrava sinais de falência. A

crise econômica e financeira agravou a distribuição de renda e provocou uma piora nas condições de saúde da população levando ao aumento das demandas por consultas. Em contraponto, a grande expansão do serviço médico-especializado financiadas pela previdência social fez expandir os serviços privados que priorizavam mais o lucro do que a saúde da clientela (LUZ, 1991).

O rápido crescimento do serviço médico-especializado induziu o aumento dos cursos de medicina no país. Entretanto, o ensino médico fica sob a influência do relatório de Flexner, que é embasado em tecnologias especializadas e sofisticadas e dependentes da indústria farmacêutica. O modelo de atenção à saúde praticado no Brasil levou o profissional de saúde a assumir uma posição curativista, extremamente técnica, sem considerar a realidade sanitária da população (FINKELMAN, 2002; LUZ, 1991; PAIM, 2008).

Para agravar ainda mais a situação, a população estava insatisfeita pela falta de serviço de saúde, o serviço que existia não era suficiente para atender a todas as pessoas e a todas as suas necessidades. A situação contribuiu para uma grande revolta da população com o sistema de saúde e, além disso, os profissionais não especializados, estudantes que também compartilhavam das más condições de trabalho se uniram em reivindicações por condições de saúde mais justas. A sociedade científica também aderiu e sustentou as lutas em defesa do direito à saúde, especialmente dos departamentos de saúde comunitária, medicina preventiva e social, escolas de saúde pública, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e dessa forma instituiu-se o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (FINKELMAN, 2002; LUZ, 1991; PAIM, 2008).

As principais reivindicações apresentadas pelos representantes de movimentos populares, associações de bairros, políticos de esquerda, comunidades científicas, profissionais de saúde e estudantes eram: melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como um direito social universal, sendo dever do Estado a provisão de acesso a esse direito; a reorientação do modelo assistencial, dando prioridade à integralidade e equidade; a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela gestão dos serviços (FINKELMAN, 2002).

O marco histórico da RSB foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em março de 1986 e contou com a expressiva e diversificada

participação popular, tais como os movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e parlamentares. A VIII Conferência Nacional de Saúde, diferente das demais, foi precedida por conferências estaduais que permitiram uma maior discussão dos temas abordados na conferência (BRASIL, 2006)

Os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde e da Reforma Sanitária Brasileira foram a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde que apresentasse como principais diretrizes a universalidade, a integralidade, descentralização e a participação social. Além disso, os debates durante a VIII Conferência Nacional de Saúde ampliaram a discussão sobre a necessidade de orientação do sistema de saúde e a criação de um modelo que substituísse o modelo médico-assistencialista (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; BRASIL, 2006).

Para garantir a continuidade da discussão e para implementar as deliberações da conferência foi criada uma comissão nacional da reforma sanitária. A comissão ficou responsável pelos trabalhos técnicos que orientavam a reorganização institucional e jurídica da saúde e contribuiu para a elaboração da Seção da Saúde na constituição brasileira (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

O primeiro resultado positivo da RSB foi a criação do programa de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no ano de 1987. O programa iniciou o desenho das principais propostas da RSB, conseguiu iniciar o processo de descentralização das ações de saúde e o princípio das participações sociais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; BRASIL, 2006).

Finalmente em 1988, a Constituição Federal Brasileira foi aprovada. A Constituição democrática elevou a saúde a um direito universal e dever do Estado e ainda ampliou o conceito de saúde quando afirmou que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, ou seja, ações que vão além do setor saúde, criou-se, assim, um Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988).

Após a vitória da constituinte, o país passou por um período de crise econômica e política que enfraqueceu as lutas pela saúde. Entretanto, o Congresso Nacional aprovou a Lei n 8.080/90, que regulamenta as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como o funcionamento dos serviços no território nacional e todos os prestadores de serviço, públicos e não públicos. A lei apresenta como princípios e diretrizes a universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização, participação da comunidade e resolutividade. Em

dezembro de 1990, a Lei 8.142/90 complementou a Lei Orgânica da Saúde e foi criada para assegurar a participação da comunidade por meio das instâncias colegiadas, entre essas, os conselhos de saúde, as conferências de saúde e orientou a transferência de recursos financeiros, entre os fundos de saúde (BRASIL, 2011; PAIM, 2011).

Os princípios e diretrizes do SUS são compostos pela Universalidade do acesso, igualdade na assistência, integralidade da assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa. A universalidade garante a todos o acesso ao serviço de saúde. A integralidade caracterizada pela oferta de ações e serviços em todos os níveis de atenção e pelo atendimento ao indivíduo em todas as suas necessidades. A igualdade na assistência é a oferta de ações e serviços sem privilégios. A participação popular permite o envolvimento da população nas decisões por meio dos conselhos de saúde e das conferências. A descentralização distribui o poder aos estados e municípios (BRASIL, 2011; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Apesar do SUS estar apoiado em bases jurídicas e possuir uma proposta consistente, nenhum dos seus princípios e diretrizes pode ser considerado totalmente alcançado. A integralidade talvez seja uma das suas principais e mais amplas diretrizes, entretanto com muitas dificuldades para se concretizar, pois envolve a oferta de serviço em quantidade e qualidade em todos os níveis de atenção (SANTOS, 2010).

A integralidade da assistência depende de um atendimento humanizado, de qualidade e que cuide do ser humano considerando toda a sua complexidade e ainda a sua realidade territorial. Para isso, o profissional de saúde precisa muito mais do que qualidades técnicas e aporte físico-estrutural, precisa, também, de qualidades pessoais que garantam o seu envolvimento com o serviço e a empatia com a população (MATOS, 2001).

A igualdade na assistência por sua vez é alcançada quando não existe privilégios ou qualquer discriminação no acesso ao serviço de saúde. Apesar de ser um termo muito corriqueiro, a equidade não consta entre os princípios do SUS. O princípio que consta na base legal e na constituição é a igualdade. A diferença entre os dois termos é que enquanto a igualdade pressupõe a assistência sem qualquer discriminação de raça, gênero, religião, cor, renda, a equidade orienta o acesso prioritário às pessoas com necessidades diferenciadas. Também indo contra os

princípios da equidade, os serviços são garantidos, principalmente, aos que mais procuram pelo atendimento e não aos que mais precisam. Há ainda o uso do serviço como instrumento assistencialista ou até mesmo eleitoreiro e faz com que a equidade esteja mais distante daqueles que necessitam (CAMPOS, 2006; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; PAIM, 2009).

A participação social também encontra desafios para ser efetivada. Um deles é a distorção da participação popular que, em alguns casos, funciona como uma maneira de controlar e deter o poder, ou seja, os conselheiros são convidados ou indicados a participarem, sem que haja uma eleição democrática nas instâncias que participam. Existe ainda a falta de qualificação para intervir ou até mesmo contribuir nas políticas de saúde. Outros agravantes que, também, interferem na participação são as dificuldades de transporte, falta de tempo, falta de assessoria institucional que dificultam a participação nas reuniões (COELHO, 2012).

A descentralização talvez seja o princípio que alcançou melhores resultados, principalmente, após a descentralização dos recursos financeiros fundo a fundo para os municípios que passaram a ter maior autonomia nas ações de saúde. Entretanto, há ainda alguns desafios para se enfrentar, essencialmente, no que diz respeito às dificuldades de gestão pela falta de capacidade dos gestores, especialmente, nas esferas municipais. Muitos gestores são escolhidos como cargo de confiança e não por suas capacidades técnicas, o que compromete o desenvolvimento das ações e dos serviços na prática cotidiana (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Apesar dos problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil e das dificuldades enfrentadas na gestão e na assistência do SUS, atualmente, muitos avanços foram alcançados desde a sua implantação. O principal deles está na inclusão social, pois antes da criação do SUS, grande parte da população brasileira era excluída dos serviços de saúde e após o SUS este acesso passou a ser direito de todos os brasileiros, porém, muito ainda há para avançar para que esse direito seja atendido de maneira integral, para que o acesso aos serviços seja oportuno, de qualidade e atenda a todas as necessidades da população (SANTOS, 2010).

O SUS é considerado ainda um sistema em desenvolvimento e para avançar precisa superar muitos desafios como: o subfinanciamento que não atende às necessidades dos serviços, a necessidade de transição do modelo de atenção centrado nas doenças para um modelo baseado na promoção intersetorial dos serviços de saúde e rever as relações público-privada da oferta de serviços com

objetivo sempre no lucro. Portanto, o SUS para crescer e se desenvolver, precisa de aporte político, econômico, científico e tecnológico. Em resumo, o SUS na prática é muito mais complexo e distante do que o que consta na sua bela teoria (PAIM et al., 2011).

2.3 Modelos de atenção à saúde no Brasil

Dentre os desafios do SUS, a mudança do modelo de atenção à saúde é um dos principais. Modelo de atenção à saúde é uma das maneiras de intervir sobre os problemas e necessidades de saúde individuais e coletivos por meio de técnicas e tecnologias, em determinados locais, ou sobre o ambiente, grupos sociais, equipamentos comunitários e usuários.

O modelo de atenção à saúde pode ser determinado como os saberes que orientam o processo de trabalho nas mais distintas unidades prestadoras de serviço (serviços primários, secundários ou terciários), com o objetivo de atender às mais diversas necessidades da população (PAIM, 1999).

Ao observar a história do Brasil, inicialmente, não havia qualquer modelo de atenção praticado no período colonial, pois os cuidados de saúde se limitavam aos recursos da natureza, utilizados de modo empírico pelos que desenvolviam habilidades para o tratamento. Já no início do período do império, as escolas de medicina começaram a surgir nas cidades de Salvador e do Rio de Janeiro. Os poucos profissionais que existiam se limitavam a atender aos que possuíam recursos financeiros, aos demais restavam as prescrições dos boticários que passaram a expandir naquele momento (FINKELMAN, 2002).

Com o início do período republicano, com o crescimento da produção agrícola, com a exportação e o capitalismo, começaram também as epidemias. O Rio de Janeiro foi acometido por diversas doenças como febre amarela, varíola, malária, peste que provocaram interferência no comércio portuário. Para intervir nas epidemias, Osvaldo Cruz, diretor do Departamento Federal de Saúde Pública passou a impor medidas sanitárias para erradicar as doenças que podiam interferir nas exportações. Essas medidas de saúde possuíam cunho econômico e político e uma natureza autoritária e repressiva. O estilo autoritário, especialmente, no episódio da obrigatoriedade da vacina da varíola gerou oposição e revolta por parte da população e ficou conhecida como a revolta da vacina. Apesar das dificuldades e

equívocos do modelo campanhista, como ficou conhecido, importantes avanços foram alcançados no controle de doenças epidêmicas, erradicação da febre amarela, o que fez com que o modelo se tornasse uma das principais medidas de saúde coletiva por muitos anos (FINKELMAN, 2002; SILVA JÚNIOR, 2007).

Em 1923, foi criada a Lei Eloi Chaves que criou a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para atender às necessidades dos trabalhadores e operários das indústrias que começavam a crescer no país. Novamente as mudanças econômicas e políticas passaram a influenciar as mudanças do serviço de saúde. Dessa vez porque a lei concedia, além das aposentadorias e pensões, os serviços de saúde de consulta médica e medicamentos aos trabalhadores que pagavam as pensões. Os serviços de saúde estavam restritos aos trabalhadores urbanos e das indústrias, os demais cidadãos dependiam da assistência dos hospitais filantrópicos ou privados, para aqueles que podiam pagar (FINKELMAN, 2002; SILVA JUNIOR, 2007).

Após a criação da CAPs, em seguida vieram o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), em 1930, e após o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. As pessoas vinculadas à previdência social eram assistidas pelos estabelecimentos pagos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS). Este financiamento foi responsável por impulsionar o modelo de atenção médico-assistencial. O INPS intensificou as medidas de financiamento aos hospitais particulares, ampliou os convênios com as empresas prestadoras de serviços de saúde, o que possibilitou o crescimento dos serviços privados (PAIM, 1999; 2014).

O modelo de atenção médico-assistencial privatista, praticado naquele momento, deixou a população insatisfeita porque havia grande parte da população excluída do serviço de saúde e era um serviço de alto custo aos cofres públicos, que mais tarde levaria a um enorme risco no setor previdenciário (PAIM, 1999).

A realidade brasileira apresenta dois modelos de atenção à saúde: o modelo médico-assistencial e o modelo sanitaria, que apesar de divergentes, se complementam. Como o modelo médico-assistencial está baseado no atendimento individual, na saúde/doença lucrativa, na medicalização, ênfase na prática médica e está voltado para a demanda espontânea ou curativa, ele apresenta limitações em seus resultados. Por esse motivo, o modelo sanitaria complementa as lacunas deixadas pelo outro modelo por meio das campanhas verticais para combater os principais agravos e riscos que predominam na população (PAIM, 2011).

O propósito da busca por uma mudança do modelo de atenção à saúde é ultrapassar o estigma da população, em procurar o serviço de saúde, apenas em virtude da doença, ou como comumente é chamado de demanda espontânea. É necessário ampliar as ações de prevenção, muito além das ações de campanhas verticais e garantir que a promoção da saúde seja direcionada para os determinantes sociais da saúde e de modo que as ações de saúde sejam embasadas nas necessidades da população e oferecidas em todos os níveis de complexidade (TEIXEIRA, 2003).

No Brasil, a proposta de mudança do modelo de atenção está pautada nas exigências expostas na RSB, que foi inspirada nas doutrinas de Alma-Ata e que, posteriormente, influenciou a formulação das políticas do SUS. Ainda que nunca tenha se formulado uma política de atenção primária à saúde, o país vem utilizando algumas propostas alternativas, especialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família que, apesar de não configurarem um modelo de atenção, têm sido utilizados como instrumento para a mudança das práticas de atenção à saúde (SCOREL, et al., 2007; PAIM, 1999).

A mudança do modelo de atenção depende da organização do processo de trabalho, da produção do cuidado pois, os profissionais de saúde são os protagonistas dessa mudança. Para os autores os profissionais de saúde são os responsáveis pela produção de serviços, baseada em tecnologias de trabalho que produzem um modo de agir e resultam na situação de saúde do usuário individual e coletivo (MERHY, FRANCO, 2003).

2.4 Estratégia de Saúde da Família

Após a criação do SUS e da efervescência das ideias do movimento sanitário brasileiro, existia uma necessidade de melhorar os serviços de saúde e modificar a prática hegemônica, principalmente porque havia organismos internacionais financiadores que incentivavam as ações voltadas para a atenção primária à saúde. Por consequência, começaram a surgir, em algumas regiões do país, serviços que tinham como objetivo a redução da mortalidade infantil, o atendimento às gestantes e a extensão da cobertura vacinal, com prioridade para os excluídos. Inspirado nesse programa, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O programa surgiu por influência de alguns países

como Cuba, Reino Unido, Canadá que pretendiam inovar sua assistência à saúde (MENDES, 2012).

Com o êxito do PACS, surgiu outra proposta mais abrangente para atender não apenas ao indivíduo, como também à família. O PSF foi criado em 1994 e era composto por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de saúde (ACS). O serviço é considerado como porta de entrada do sistema local, o primeiro contato na atenção à saúde e deve ser responsável por ordenar a rede de serviços, para a integração do usuário, por todos os níveis de atenção à saúde (MENDES, 2012).

Em 2000, a equipe de saúde bucal passou a ser integrante do PSF, agregando à equipe o profissional dentista e o auxiliar ou técnico de saúde bucal. A iniciativa buscou ampliar o acesso às ações de saúde bucal e oferecer condições para uma atenção integral aos indivíduos e famílias (BRASIL, 2000).

Inicialmente, o PSF foi criado como um programa de característica seletiva, com baixo valor financeiro, pouco ou nenhum equipamento tecnológico, para atender a uma população de maior carência e vulnerabilidade. Com a expansão do programa e sua contribuição para a melhoria do estado de saúde, a população e a necessidade de mudar o modelo de atenção à saúde, o PSF passou de programa para a Estratégia de Saúde da Família. Como a terminologia “programa” exprime a ideia de programa vertical que significa uma ação voltada para algumas doenças ou para uma população prioritária, substituiu-se por “estratégia” na intenção de ampliar as ações para além da medicina simplificada, com atuação baseada no território, na situação de risco e nos determinantes do processo saúde/doença (MENDES, 2012).

Em 2008, por meio da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o propósito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária à saúde. O NASF tem a função de apoiar as equipes, atuar de forma integrada, compartilhar as práticas de saúde, a partir das demandas do território das equipes nas quais o NASF está cadastrado. O NASF pode ser composto por profissionais como: médico (acumputurista, pediatra, psiquiatra, ginecologista, homeopata), psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros. O número de profissionais que compõe cada equipe do NASF segue o critério populacional de cada município (BRASIL, 2008).

Em 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) por meio da Portaria GM/MS Nº 1654 de 19 de julho de 2011. O PMAQ é um programa de avaliação das equipes da atenção básica, com a utilização de critérios de comparação com outras equipes de perfil sócio demográfico semelhante. A pontuação obtida pela avaliação do PMAQ reflete no incentivo financeiro alcançado pela equipe, isso faz com que os profissionais e gestores se sintam motivados a alcançar melhores resultados no serviço e no acesso da população (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

A prática na ESF é baseada em um território que abrange muito mais do que uma extensão geométrica, significa um perfil epidemiológico, demográfico, administrativo, político, social e cultural, que faz ampliar a complexidade do território que está em constante transformação. Os agentes comunitários de saúde são os profissionais que acompanham as variações da área de abrangência com mais proximidade, pois realizam o trabalho *in loco* (MONKEN E BARCELOS, 2005).

A estratégia inclui ações territoriais, com uma população adscrita, que é a população residente na área. Essa população é cadastrada e acompanhada pela equipe. O território adscrito é fundamental para a organização do processo de trabalho da equipe, pois possibilita o planejamento das ações, de acordo com as características, necessidades e a dinâmica do território e dos sujeitos. Outra importância da adscrição de clientela está na sua contribuição para o acompanhamento das famílias, de forma contínua, desde o parto/nascimento até à vida adulta tardia. A adscrição da clientela permite ainda o vínculo entre a equipe e a população assistida. O vínculo é um fator diferencial do programa, pois permite uma relação de confiança, afetividade, amorosidade entre as pessoas/famílias e os profissionais de saúde. Dessa forma, amplia a resolutividade do serviço, pois a confiança garante a continuidade do tratamento, o retorno e o compromisso do usuário com a sua saúde (MENDES, 2012).

O trabalho no território com área adscrita é orientado por um sistema de informação. Inicialmente, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi o responsável por reunir as informações do território, realizar a análise situacional, que é imprescindível para realizar o planejamento estratégico das ações da equipe de saúde da família e também da gestão de saúde. Em 2013, com a Portaria 1.412, de 10 de junho, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento da Atenção Básica (DAB/MS) instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

(SISAB) com o objetivo de substituir o SIAB e reunificar as informações da atenção básica, com a garantia de um registro individualizado por meio do Cartão Nacional do SUS (CNS). O e-SUS AB é o sistema operacional do SISAB e é composto por dois *softwares*: Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2013).

A ESF ainda tem a finalidade de incorporar os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, participação da comunidade e se orienta pelos atributos essenciais da atenção primária à saúde (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação na família e comunidade). A ESF representa o serviço que coordena o fluxo da rede de atenção e que resolve os principais problemas de saúde da população. Esta característica implica na qualidade de estruturação e organização da rede, além de uma prática profissional inovadora que substitui as práticas convencionais pela prevenção, promoção da saúde, proteção, cura e reabilitação. A atuação profissional precisa estar fundamentada na assistência humanizada, na responsabilização, no vínculo com a comunidade, nas relações interpessoais e intersetoriais (SCOREL, et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2007; STARFIELD, 2002;).

A atuação na ESF exige de seus profissionais inúmeras atribuições e habilidades: capacidade para construir e manter o vínculo; realizar o acolhimento adequado de seus usuários; conhecimento abrangente para além da clínica, como também para assistir a família e comunidade extramuros; criatividade e produção de saberes para superar o paradigma biomédico e atender às novas e complexas realidades sanitárias do país (CAMELO; ANGERAMI, 2007; COSTA; MIRANDA, 2009).

Entretanto, os profissionais de saúde brasileiros são formados por instituições que possuem uma prática pedagógica que diverge das necessidades apresentadas pelo SUS e, especialmente, do trabalho na perspectiva da ESF. As Instituições de Ensino Superior (IES), da área da saúde, ainda possuem uma grade curricular fragmentada, com disciplinas desconexas, com herança da medicina flexneriana que possui o foco na especialização e na atenção às condições agudas, o que caracteriza o modelo biomédico (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; MENDES, 2012).

Algumas alternativas foram propostas para superar a deficiência na formação profissional e contribuir para mudar o modelo assistencial. O Ministério da

Saúde e da Educação vêm elaborando políticas destinadas a organizar e promover a mudança nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, a exemplo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE) (BRASIL, 2007).

Muitas universidades brasileiras estão adotando o *Problem-based learn* (PBL) com nova estratégia de ensino para desenvolver processo de educação de profissionais baseado na no contexto de trabalho, O PBL tem o propósito de criar no aluno o pensamento crítico. A aquisição de conhecimento acontece por meio de habilidades de busca de soluções para os problemas. O programa de ensino da PBL é organizado por eixos temáticos e não por disciplinas, o que implica em mudanças estruturais na organização e gestão dos cursos (RIBEIRO, 2008).

Superar as barreiras no processo de formação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, pois esse paradigma da saúde e da educação está associado à dinâmica capitalista, com foco na produção e no lucro. O que faz com que as IES sejam influenciadas pela dinâmica de mercado que por sua vez é ditada pelos interesses corporativos e particulares (COSTA; MIRANDA, 2008).

Além da qualidade técnica de profissionais da ESF, a quantidade de profissionais também representa um fator agravante para o sistema de saúde brasileiro. O Brasil possui um território extenso, diversificado e com características desiguais em relação ao número de profissionais de saúde por habitantes.

Os profissionais estão mais concentrados em cidades maiores e nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do país. Assim, as cidades menores com população abaixo de 20.000 habitantes, que representam 73,1% das cidades brasileiras, são as que mais enfrentam dificuldades para alocar profissionais, especialmente nos estados do Norte e Nordeste, onde esta população além de ser vítima da insegurança da saúde, também apresenta as inseguranças públicas, alimentares, econômicas, educacionais e sociais o que faz com se intensifiquem os problemas de saúde desta população (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

A prática de saúde é ditada pelos profissionais envolvidos na assistência e depende diretamente da força de trabalho para ampliar o acesso aos serviços de saúde. O acesso ao serviço de saúde depende não apenas da expansão de unidades de saúde, como também é necessário dispor de recursos humanos em quantidade e qualidade para atender às demandas dos serviços (MERHY; FRANCO,

2003). A força de trabalho da saúde depende de competência, motivação, ser bem distribuída, ser produtiva e oferecer uma prática adequada ao contexto do país.

O problema de escassez e fixação de trabalhadores para áreas de difícil acesso são um problema global. Desde 2012 que a OMS recomenda aos países que intensifiquem os esforços para disporem de recursos humanos de forma eficiente, equitativa e sustentável para atender às necessidades da população. Ampliar o número de recursos humanos para a saúde é um compromisso político para atingir a Cobertura Universal da Saúde (CAMPBELL, et al, 2013).

Para superar a carência de profissionais, especialmente de profissionais médicos, o Ministério da Saúde e da Educação criaram o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), direcionado para profissionais médicos, enfermeiros e dentistas. O programa prevê a atuação do profissional de saúde de regiões que manifestam interesse e este profissional permanece durante o período de 12 meses, sendo obrigatório o curso de especialização em atenção básica e como incentivo ainda garante ao profissional uma pontuação em programas de residência (BRASIL, 2011).

Em 22 de outubro de 2013, foi criada a Lei nº 12.971, que institui o Programa Mais Médico no país. O programa tem o objetivo de ampliar o número de médicos nas regiões em que há falta deste profissional, inclusive ampliando a participação para além dos médicos brasileiros, como também para médicos de nacionalidade estrangeira, por meio de intercâmbio internacional (BRASIL, 2013).

Entretanto, as medidas não resolveram os problemas de saúde do país. O comprometimento da saúde está além da carência do profissional médico. Esta visão de solucionar os problemas de saúde do país com o aumento do número de profissionais ainda é herança do modelo assistencial centrado no profissional médico e não na equipe multiprofissional. Esse modelo está centrado em eventos agudos, na precarização das relações de trabalho e na fragilidade do sistema. Tal conduta além de não solucionar o problema, poderá ainda agravá-lo por consolidar, na cultura popular, o modelo médico hegemônico, por tornar a assistência à saúde mais cara e retardar as soluções definitivas na organização do sistema de saúde no país (MENDES, 2012).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Conhecer como médicos e enfermeiros descrevem a sua atuação na ESF - foco nos aspectos que motivam e/ou desmotivam a permanência deles no serviço.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Método de abordagem qualitativa, com base na Teoria Fundamentada nos Dados, apresentada por Glaser e Strauss, sociólogos americanos que defendem a teoria originária de dados analisados sistematicamente, a partir da exploração da realidade estudada. A Teoria Fundamentada nos Dados utiliza diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coletar dados e tem o objetivo de gerar processos teóricos que trazem novas ideias do contexto social. A preferência por uma metodologia qualitativa justifica-se por se tratar de uma abordagem que propicia o entendimento dos processos sociais e do comportamento humano. (CASSIANI, CALIRI, PELÁ, 1996; CHARMAZ, 2009). Esta abordagem possibilitou uma leitura intersubjetiva que acrescentou novos significados, novas perspectivas e uma melhor compreensão sobre o processo de trabalho no contexto da ESF.

A Teoria Fundamentada nos Dados tem o propósito de desenvolver teorias, neste estudo, foram elaboradas três teorias, uma teoria resultante da análise dos dados das entrevistas dos médicos, outra teoria referente à análise dos dados das enfermeiras e outra final com a junção dos dois modelos teóricos. As teorias ou modelos teóricos são derivados de dados analisados por meio de um processo de interação entre o investigador, os participantes e os dados. O pesquisador é responsável por conduzir a entrevista ao mesmo tempo que codifica e procede a análise dos dados. A constante codificação, análise dos dados e entrevista permite reunir informações pertinentes para dá seguimento na coleta e análises subsequentes até o alcance da relevância teórica. A união do universo estudado juntamente com as percepções do pesquisador possibilitam extrair e refinar uma junção de experiências que será sintetizada na construção do modelo teórico (CHARMAZ, 2009).

4.2 Locais de Estudo

Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em três cidades do Sudoeste da Bahia, pertencentes ao Núcleo Microrregional de Saúde de Guanambi. Os municípios que possuem 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família,

população abaixo de 20.000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Figura 1: Microrregiões de Saúde do Estado da Bahia



Fonte: (BAHIA, 2016).

Os municípios e USF selecionados foram:

- Ibiassucê possui quatro USF (três na sede do município e um na zona rural), com quatro médicos de saúde da família e quatro enfermeiros de saúde da família cadastrados no CNES.

Figura 2: Mapa do município de Ibiassucê



Fonte: (IBGE, 2016)

- Lagoa Real possui seis USF (quatro situados na zona rural e dois na sede do município) com seis médicos e seis enfermeiros cadastrados no CNES;

Figura 3: Mapa do Município de Lagoa Real



Fonte: (IBGE, 2016).

- Rio do Antônio possui cinco USF (dois na sede do município, dois na zona rural e dois no distrito do município), cinco médicos e cinco enfermeiros cadastrados no CNES.

Figura 4: Mapa do Município de Rio do Antônio



Fonte: (IBGE, 2016)

Tais municípios foram selecionados por possuírem semelhanças geográficas, populacionais e ainda por existirem proximidade entre eles e facilidade para o acesso. Estão inseridos na gestão plena da atenção básica, ou seja, têm a ESF como modelo assistencial e principal acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 1996).

4.3 População

Médicos e enfermeiros que atuam na ESF dos municípios selecionados que correspondem ao universo de 30 pessoas. Participaram do estudo seis médicos e seis enfermeiros.

4.4 Critérios de inclusão

Médicos e enfermeiros que atuam na ESF e possuem cadastro no CNES do município selecionado.

4.5 Critérios de exclusão

Profissionais que atuam na ESF, em um período inferior a um ano, e profissionais estrangeiros.

4.6 Amostra

A amostra foi composta por dois grupos de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) que atuam nas unidades de saúde da família dos três municípios selecionados. De um total de 30 profissionais que atuam nesses municípios, foram considerados inaptos a participarem da entrevista, pelos critérios de exclusão: quatro médicos estrangeiros e dois enfermeiros com menos de um ano de experiência.

Foram utilizados como critérios de exclusão os profissionais que atuam na ESF por um período inferior a um ano e profissionais estrangeiros. O profissional

que atua na ESF por um curto período de tempo foi excluído porque se considera que ele poderia apresentar pouca vivência sobre a realidade estudada. Quanto aos médicos estrangeiros, especialmente, os intercambistas do programa mais médicos, por possuírem um regime de trabalho diferente dos profissionais brasileiros e apresentarem uma experiência de trabalho específica e diferente da realidade do país.

O número final de participantes foi definido de acordo com a saturação obtida no processo simultâneo de coleta e análise dos dados. Segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, a definição da amostra é determinada pelo pesquisador assim que ele coleta os dados, atinge a saturação teórica, ou seja, quando os dados coletados permitirem discutir o tema com profundidade. A saturação na teoria fundamentada tem o objetivo de evitar dados que não acrescentam informações relevantes à pesquisa e evitar o excesso de informações (CHARMAZ, 2009).

A saturação teórica foi atingida após a entrevista com seis médicos e seis enfermeiras. As entrevistas foram realizadas em consonância com a análise dos dados. Inicialmente, é realizada a escuta, transcrição de cada entrevista e a redação de um relatório das primeiras percepções do pesquisador.

Essa análise simultânea determinou o momento em que as informações colhidas constituíam fundamentos significativos, sem repetições e que pudessem expressar, de maneira fidedigna, a experiência dos médicos e enfermeiros que atuam na ESF.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi por amostra intencional, quando a escolha dos participantes se fez pelo julgamento do pesquisador. A intenção dessa seleção foi de apresentar diferentes realidades de trabalho (zona rural e urbana), diferentes tempo de experiência e tempo de formação. A pluralidade de experiência teve o objetivo de enriquecer o discurso com as várias concepções da prática na ESF.

4.7 Procedimentos de coleta de dados

Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados de acordo com as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa de Pontifícia

Universidade de Goiás, em 10 de junho de 2015, pelo parecer nº 1.107.155 (ANEXO A).

Havia uma proximidade entre os participantes da pesquisa e o pesquisador, por terem experiência e convívio de trabalho em outros momentos. O pesquisador conhece a realidade de trabalho na região, atuou na ESF de dois dos três municípios participantes.

Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2015 e julho de 2016. No mês de novembro de 2015, foi realizado o primeiro contato com os médicos e enfermeiros, por meio da reunião das equipes com o coordenador da atenção básica. Nessa etapa, o pesquisador fez a explicação da pesquisa e o convite aos médicos e enfermeiros para participarem do estudo.

Aqueles profissionais que aceitaram participar da pesquisa receberam a visita do pesquisador na unidade de saúde em que trabalham e em outro local escolhido pelos entrevistados (suas residências, outro local de trabalho). O esclarecimento foi individual, em local reservado, foi oferecida a liberdade para pensar e decidir sobre a participação ou não. Aqueles que concordaram manifestaram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

No mês de novembro de 2015, foi iniciada a coleta dos dados pelo pesquisador. As entrevistas foram realizadas em diversos locais de acordo com a escolha e disponibilidade dos profissionais de saúde, em horário que não comprometeu as atividades e agenda dos entrevistados. A entrevista aconteceu em local reservado, com a presença, apenas, do pesquisador e do participante.

Inicialmente, foram realizadas duas entrevistas, com um médico e uma enfermeira. Após a análise das primeiras entrevistas, percebeu-se que os relatos apresentavam características distintas. Desse modo, decidiu-se realizar a coleta e análise dos dados com os médicos primeiramente e após a conclusão da análise das entrevistas e saturação dos dados deste grupo, iniciou-se o processo com as enfermeiras.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro. Este roteiro direcionou a conversa e possibilitou obter informações sobre o tema (APÊNDICE B). Foram utilizadas, também, notas de campo com o registro das observações do pesquisador acerca de conversas

informais obtidas, durante o processo de aproximação do campo da coleta e do momento da entrevista.

Os dados obtidos durante a entrevista foram armazenados em mídias digitais e serão guardados por um período de cinco anos em local seguro e privativo.

O sigilo da identidade dos profissionais foi preservado. Para identificar os médicos, utilizou-se a letra M, seguida de um número diferente para cada participante. Para as enfermeiras, foi empregada a letra E, também, seguida de um número diferente para cada participante.

4.8 Análise dos dados

A interpretação e análise dos dados alcançados seguiram alguns critérios a fim de sistematizar e explicar, de modo minucioso, as informações adquiridas: transcrição da entrevista; desenvolvimento de códigos analíticos e categorias a partir dos dados; a codificação que encaminha o trabalho para uma direção analítica – compreensão mais profunda; redação do memorando – análise dos códigos que se transforma em categorias teóricas; construção de *Memorandos* que guardam informações relevantes na construção da teoria; construção indutiva da teoria para explicar os processos em questão e redação do texto.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas seguindo a Teoria Fundamentada nos Dados. De acordo com este método, a análise começou com a codificação inicial. Nesta etapa na qual as entrevistas foram examinadas minuciosamente, linha a linha, para resultar nos incidentes e, posteriormente, na elaboração de códigos. No passo seguinte, os códigos foram comparados entre si e foram agrupados pelas similaridades ou diferenças para formar as categorias. Durante o processo de codificação, foi utilizado o registro das ideias e percepções que resultou no memorando.

Quadro 1- Processo de codificação linha a linha e focal

Fala dos participantes	Codificação inicial linha a linha	Codificação focal
E2: <u>Mas no momento não</u>		Avaliando a situação de

<p><u>temos nenhum plano de carreira, nosso salário está muito defasado, e isso também acaba desmotivando a gente, né? a gente trabalha tanto, a gente dá o melhor da gente, lógico dinheiro não é tudo. Mais a gente tem que ter esse incentivo. E a gente acaba não tendo, o salário é muito baixo, muito defasado, então você trabalha, trabalha muito e não tem essa recompensa</u></p>	<p>Não existe plano de carreira, salário defasado</p> <p>Sentindo-se desmotivada</p> <p>O enfermeiro trabalha muito</p> <p>O enfermeiro não é incentivado</p>	<p>trabalho do enfermeiro com ausência de plano de carreira e o baixo salário em relação à carga de trabalho</p> <p>Sentindo-se desvalorizada e desmotivada</p>
<p>M3: <u>São raríssimos os casos de médicos que falam: eu vou trabalhar na ESF para toda a vida, esse cara aí, ele começa na ESF mais depois ele vira... a perspectiva é virar secretário de saúde, prefeito, ele que mais um mecanismo político. Ele quer mais um mecanismo político do que uma carreira propriamente dita. Seria uma área espetacular, se houvesse um plano de carreira dentro dela</u></p>	<p>O médico não quer trabalhar na ESF a vida toda</p> <p>O médico que opta pela ESF quer um mecanismo político para ingressar na carreira política</p> <p>Avalia a ESF como uma carreira espetacular se houvesse plano de carreira</p>	<p>A ESF não oferece perspectivas de carreira para o médico</p> <p>Avaliando que a ESF não é a melhor opção de carreira para o médico</p> <p>Sentindo-se frustrado com a ESF</p>

O processo de codificação (quadro 1) auxilia o pesquisador na interpretação dos dados, de modo minucioso, partindo de cada linha para posteriormente realizar a interpretação e análise dos códigos encontrados. A principal característica da codificação na Teoria Fundamentada nos Dados é o envolvimento ativo do pesquisador no processo de análise.

Figura 5 – Diagrama que representa o processo de análise dos dados

Processo de análise



Fonte: próprio autor

A figura 5 representa o processo dinâmico e cíclico da análise dos dados. Inicialmente, na codificação inicial ocorre a observação das ações em cada segmento, para transformar os tópicos em códigos. Os códigos são agrupados para formar as categorias. Na codificação axial, as categorias são relacionadas às subcategorias e reagrupam os dados anteriormente fragmentados, para proporcionar coerência à análise emergente (CHARMAZ, 2009).

Na etapa da análise, foi realizada a comparação de categorias, agrupando por similaridade. As categorias similares foram agrupadas para produzir categorias mais densas e compostas de subcategorias que as integram.

Após a codificação axial, os códigos são relacionados entre si para formular a hipótese da codificação teórica. Os códigos essenciais contam uma história analítica para direcionarem ao esquema teórico, as categorias vão direcionando para a categoria central e indicando a saturação teórica. Todo o processo de análise é flexível, o pesquisador retoma a fase anterior, reorganiza as categorias e os

códigos sempre que necessário até encontrar os possíveis significados teóricos, (CHARMAZ, 2009).

A elaboração do memorando é a etapa fundamental no processo da pesquisa porque permite a análise dos dados e do código juntamente com a associação das ideias do pesquisador. A redação do memorando permite ajustar a continuidade da coleta de dados e direcionar as próximas entrevistas. Ainda permite reunir informações relevantes para auxiliar nas outras etapas das coletas, análise dos dados e elaboração da teoria (CHARMAZ, 2009).

Em sequência ao processo de análise e redação do memorando, passou-se para a construção dos diagramas e a elaboração do modelo teórico. A figura visual do diagrama complementa a análise e permite apresentar a imagem concreta da ideia do pesquisador. Durante a confecção dos diagramas e dos modelos teóricos, vários desenhos foram construídos e aperfeiçoados.

A princípio foi elaborado um modelo teórico para representar o contexto descrito pelos médicos e outro, para os enfermeiros. Posteriormente, os modelos teóricos que representavam as vivências dos dois profissionais resultaram no modelo teórico final, simbolizando a experiência de médicos e enfermeiros na ESF.

O pesquisador realizou a coleta dos dados, transcreveu todas as entrevistas, e codificou as transcrições. A codificação foi reavaliada com a participação da orientadora. Pesquisador e orientador realizaram a revisão das categorias e seus agrupamentos nas categorias centrais, a elaboração dos memorandos, diagramas, até a construção dos modelos teóricos.

Desde o início da análise até a redação do texto, houve um processo exaustivo e cíclico de análise e comparação de incidentes, de códigos, releitura das entrevistas, redefinição de códigos, elaboração de memorandos, construção de categorias, agrupamento de categorias e subcategorias, identificação e definição de categorias centrais e construção do modelo teórico. Vários diagramas foram construídos e modificados diversas vezes, na tentativa de identificar o melhor desenho que representasse o modelo teórico. Nesse momento, então, após a análise reiterada e comparação contínua, foi possível realizar a redação dos conceitos e das teorias, fundamentada pela leitura do material colhido (as entrevistas) e produzido (códigos, categorias, memorandos e diagrama).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos por meio das entrevistas com doze participantes (seis médicos e seis enfermeiros) representam a visão destes profissionais sobre a ESF, retratam suas vivências, motivações e decepções com o trabalho realizado na atenção primária. A análise das informações alcançadas possibilitou reunir informações que sintetizam a experiência do trabalho do médico e do enfermeiro em três cidades de pequeno porte, localizadas no interior da Bahia.

A tabela 1 caracteriza os médicos entrevistados de acordo com aspectos relacionados ao trabalho. Todos eram do sexo masculino, possuíam contratos provisórios com os municípios, com duração de seis meses a um ano, e não tinham a garantia dos direitos trabalhistas (férias, décimo terceiro, entre outros).

A tabela 1 apresenta dados pessoais, relacionados ao trabalho desenvolvido pelos médicos na ESF. Eles estão no início ou final da fase adulta, estão no início ou final de carreira. Somente um tem especialidade na área, todos possuem outro vínculo de emprego, somente um reside no município onde atua.

Tabela 1- Dados pessoais e relacionados ao trabalho dos médicos na ESF. Ibiassucê, Lagoa Real e Rio do Antônio, Bahia, Brasil - 2016

Idade (ano)	Tempo de profissão (ano)	Tempo na ESF (ano)	Tempo no município (ano)	Reside onde atua	Especialidade em saúde coletiva ou áreas afins	Outro vínculo
28	Dois	Dois	Dois	Não	Não	Sim
29	Dois	Dois	Dois	Não	Não	Sim
29	Dois	Dois	Dois	Não	Não	Sim
27	Três	Três	Dois	Não	Não	Sim
53	29	11	14	Sim	Sim	Sim
59	32	Sete	18	Não	Não	Sim

Fonte: Questionário das entrevistas colhido pelo pesquisador

A tabela 2 apresenta as características das enfermeiras entrevistadas, que são do sexo feminino e assim como os médicos não possuem a garantia dos direitos trabalhistas. Quatro das entrevistadas possuem contrato provisório com o município em que trabalham, duas são efetivas e atuam há mais tempo na ESF.

Apenas uma enfermeira possui outro vínculo de trabalho, três possuem especialidade em saúde coletiva, duas não residem onde atuam. O tempo de profissão é o mesmo de atuação na ESF, exceto para uma enfermeira.

Tabela 2- Dados pessoais e relacionados ao trabalho das enfermeiras na ESF. Ibiassucê, Lagoa Real e Rio do Antônio, Bahia, Brasil - 2016

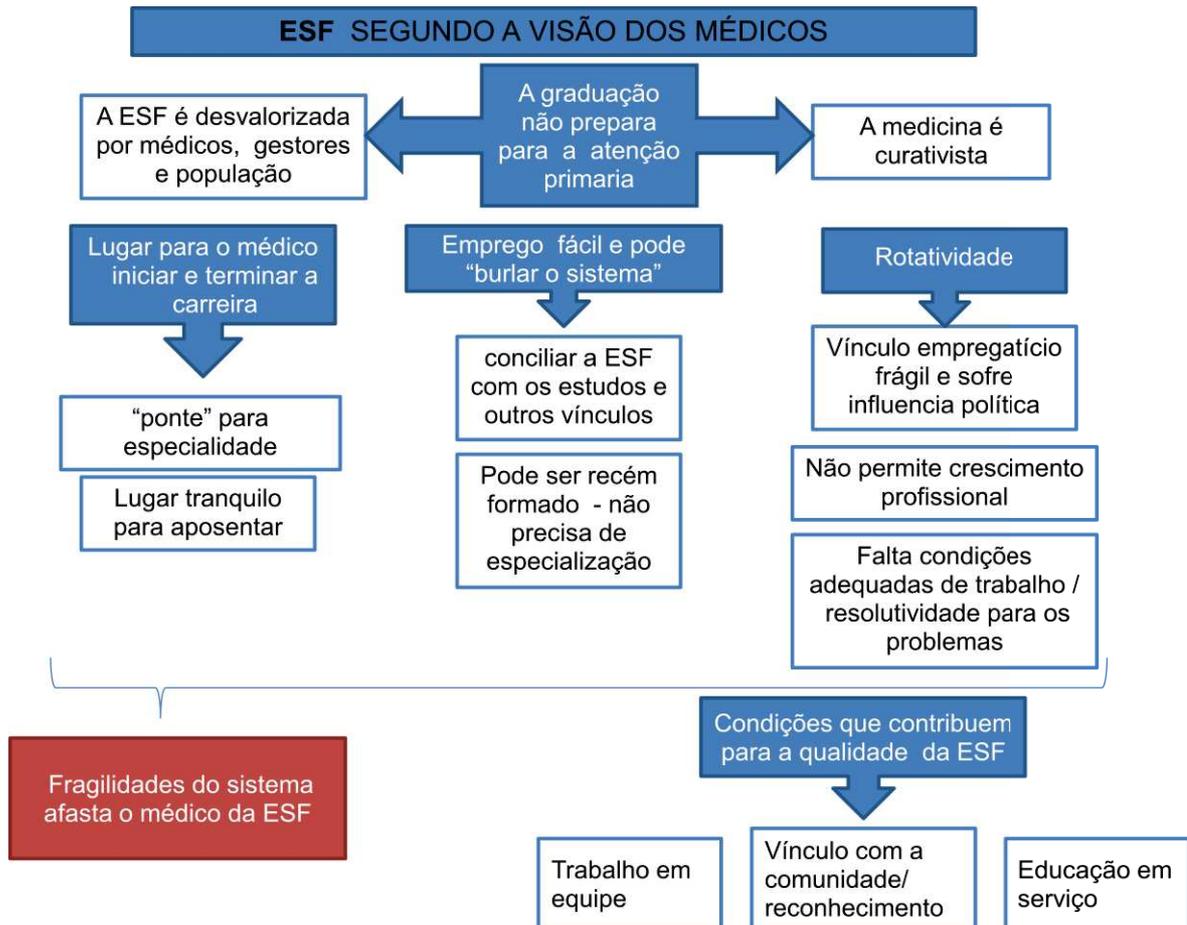
Idade (ano)	Tempo de profissão (ano)	Tempo na ESF (ano)	Tempo no município (ano)	Reside onde atua	Especialização em saúde coletiva ou áreas afins	Outro vínculo
52	Sete	Sete	Sete	Sim	Sim	Não
43	14	14	14	Sim	Sim	Não
33	Dois	Dois	Dois	Sim	Não	Não
37	Quatro	Três	Três	Sim	Não	Não
28	Dois	Dois	Dois	Não	Não	Não
51	14	14	14	Não	Sim	Sim

Fonte: Questionário das entrevistas colhido pelo pesquisador

A análise dos dados conseguidos por meio das entrevistas, anotações do diário de campo e das observações do pesquisador durante a aproximação com os participantes será apresentada em duas etapas, inicialmente o resultado construído a partir das experiências descritas pelos médicos e, posteriormente, o resultado das experiências das enfermeiras.

Compreendendo as experiências de médicos que atuam na ESF

Figura 6 – Diagrama que representa a visão dos médicos sobre a ESF



Fonte: próprio autor

O resultado foi agrupado em cinco categorias, representadas pela figura 6. As categorias representam a percepção que os médicos têm da ESF e as influências internas e externas que sofrem na escolha da carreira. As influências internas são os aspectos relacionados à prática diária, como as vantagens oferecidas aos profissionais ou falta de condições de trabalho. As influências externas são referentes aos fatores relacionados à profissão médica, como a característica da formação acadêmica e a busca por carreiras mais promissoras. A categoria, A graduação não prepara para a atenção primária, apresenta aspectos que sustentam a formação médica no país e resultam no modelo assistencial que fundamenta a prática dos profissionais. A categoria, Lugar para o médico iniciar e terminar a carreira, representa o momento da vida em que os médicos optam pelo trabalho na ESF. “Emprego fácil” e pode “burlar o sistema” é a categoria que expressa os principais motivos que levam o médico a atuar na ESF e também apresenta os

meios encontrados pelos médicos para adequar o trabalho na ESF a outros vínculos de trabalho. A categoria, Rotatividade, destaca os motivos que levam os médicos a deixarem a ESF. A categoria Condições que contribuem para qualidade da ESF apresenta os fatores que favorecem ou poderiam favorecer para qualidade da assistência à saúde na ESF.

Na categoria, A graduação não prepara para a atenção primária, os médicos concordam que o principal motivo para a medicina brasileira ser curativista é o currículo acadêmico. Para os entrevistados o currículo acadêmico utiliza método fragmentado de ensino. Eles criticam as disciplinas que seccionam do ser humano em partes isoladas, por patologias e especialidades e também apresentam como deficiente o preparo para a atuação na saúde da família. Os entrevistados descrevem o modelo de assistência priorizado durante a graduação médica com os seguintes termos: “visão curativista”, “medicina especializada” e “hospitalocêntrica”.

De maneira geral eu acredito que seja muito deficiente (a formação médica no país), pelo que as pessoas me falam, eles têm pouca atenção a isso (ESF), focam mais em patologias, tratamentos, estágios em hospitais e acabam que a saúde da família fica delegado para segundo plano. (M1)

De maneira geral eu acho que no Brasil ela (formação médica) ainda é muito voltada para a especialidade e é muito hospitalocêntrica, aquela coisa, a população e os profissionais ainda não se convenceram que a prevenção é a melhor forma de se ter saúde. (M3)

Para os entrevistados, os profissionais que chegam para atuar na ESF apresentam prática curativa e ações pouco efetivas. Os profissionais que atuam na ESF são pouco resolutivos, indo contra o propósito da atenção primária à saúde que seria atender às principais necessidades da população adscrita.

Falando muito sinceramente para você, a formação hoje na grande maioria dos cursos de medicina é para estar (formando médicos preparados para atuar na ESF) mais não está. [...] como é que eles fazem? Eles fazem o seguinte: não sabe o que é - então vão pedindo exame – [...] os médicos estão sendo formados sem autonomia, sem segurança absoluta, eles estão lá para prescrever remédio para gripe, para dengue, para infecção de garganta, dor muscular e renovar receita de remédio controlado, é isso que eu vejo. (M4)

Eu acho que é um pouquinho diferente da teoria, eu percebo também que a gente não consegue resolver todos os problemas como fala lá na teoria. (M2)

Pelo pouco que eu tenho visto dos recém-formados, apesar das escolas hoje estarem focando bastante na tal de saúde pública, eu não vejo muito preparo dos colegas recém-formados para a ESF. (M5)

Alguns médicos relataram que tiveram formação construída por meio do método de ensino PBL, ou aprendizagem baseada em problema. Segundo os médicos, as universidades estaduais da Bahia utilizam o método PBL com ênfase na atenção primária à saúde. Entretanto, mesmo com novos métodos e investimentos no ensino da saúde da família, os médicos citam aspectos culturais e sociais intrínsecos na formação médica que incentivam a prática curativa e especializada.

[...] o que eu vivenciei foi bem diferente, como eu te falei o PBL foi a estratégia que a minha universidade adotou, dos seis anos do curso, quatro eram voltados para a atenção básica (M1).

E aí a formação PBL já insere o aluno precocemente na ESF, então os quatro primeiros anos de faculdade você tá na ESF conhecendo a rotina, vendo como é todo o trabalho, então, de certa forma, você sai bastante preparado, lógico que ainda existe dentro da faculdade, aqueles profissionais que ainda tentam te puxar para o lado da especialidade, e aí junta o professor puxando para a especialidade e o governo, o governo não, a vivência médica que não dá esse incentivo, então acaba que você é muito puxado.... (M3)

Na percepção dos entrevistados, os estudantes de medicina apresentam preconceito com os cursos que direcionam o profissional para a atenção primária ou para a carreira de médico-generalista. A saúde da família não é valorizada e é vista como uma área que exige pouco desempenho intelectual e que traz pouco retorno financeiro.

[...] entraram na minha universidade ou em universidades estaduais e acabaram saindo por acharem que aquele método não seria o ideal, por achar que aquele método formaria apenas profissionais generalistas ou profissionais de saúde da família. (M1)

Eu tenho certeza que vai ser assim, chegar numa reunião de formatura, de 10 anos, lá tem: um cardiologista, um neurologista, tem um pediatra e você chega lá e diz: Não, eu fiz saúde da família. A primeira coisa que vão pensar de você, é que você não quis estudar mais, quis só sossego. O preconceito é muito grande, muito grande, infelizmente é muito grande (M1).

O pessoal ainda visa muito se especializar para ganhar dinheiro, medicina ganha-se muito dinheiro em algumas áreas, saúde da família não dá dinheiro, dá muito trabalho se você se envolve, você leva serviço para casa, tá? Mais dinheiro não... (M5)

A subcategoria, **a ESF é desvalorizada por médicos, gestores e população**. Os médicos descrevem que optam pelo trabalho na ESF momentaneamente, pois não planejam um futuro nessa área. Para os médicos, a especialização em saúde coletiva não é considerada relevante. Em alguns momentos, os participantes demonstram aversão à ESF, já que almejam conquistar o título de especialista em áreas secundárias.

Eu acho que ele (médico) se sentiria pouco produtivo (na ESF) ele quer ter uma profissão especializada, não ser um médico de PSF, porque quando a gente vai para um PSF, a gente não se especializa numa profissão. (M6)

Daqui a cinco anos eu acho que eu vou estar em um grande centro fazendo a minha especialidade para voltar para a região (M2)

Eu serei um especialista, trabalhando bem longe da ESF... (M2)

Os entrevistados declararam que os gestores e os políticos estão interessados na quantidade de atendimento que o médico será capaz de realizar e não na qualidade da saúde oferecida para a população. Os gestores não compreendem a importância da prática preventiva, utilizam o serviço para alcançar maior visibilidade política com a população assistida. O termo “postão” é constantemente utilizado pelos médicos quando se referem ao serviço sem organização, sem agenda, sem a prática preventiva e de promoção da saúde, com atenção, apenas, no indivíduo que busca o serviço de saúde para atender a um agravo ou doença que o acomete no momento. Para eles, os gestores preferem o postão para ampliar o número de pessoas atendidas, independente do resultado alcançado na efetividade do serviço.

Eu acho que os gestores não encaram a ESF como ESF [...] não sei se o gestor não quer investir na área ou se ele não quer enxergar os benefícios, assim como muitos médicos não querem enxergar [...] boa parte dos gestores não encaram a medicina preventiva como algo produtivo a longo prazo. (M2)

[...] os políticos acham que (a ESF) é postão, que é um mecanismo de ganhar voto, que temos que ter produtividade, quanto mais gente atender melhor, não se importam com a qualidade... (M3)

Para os médicos, a população busca na ESF uma alternativa para atender às suas necessidades urgentes. A população segue a herança da medicina curativa

como principal opção para tratamento, contribuindo para a persistência da medicalização desregrada.

A população não consegue encarar o programa de saúde da família como o programa de saúde da família, eles encaram como um postinho de emergência que vai servir para o médico resolver aquele problema de forma imediata ou então encaminhar logo para o médico especialista [...] eles não se interessam muito pela medicina preventiva. (M2)

A gente percebe que o paciente quer vir para o consultório, falar e sair com a receita. Mesmo quando você vai ver um resultado de laboratório e vê que está tudo normal, eles questionam se não vai passar nenhum remédio... Ainda tem aquele estigma de sair com a receita na mão, mesmo que não compre... mais ele tem que sair com a receita na mão... (M6)

O que eu enxergo é que a população não mudou o foco do médico [...] por mais que a gente faça sala de espera, grupos e diga que a prevenção é importante [...] a população ainda procura a gente no mesmo esquema de antigamente, medicalização da saúde mesmo... (M5)

A realidade apresentada pelos médicos revela que a **medicina é curativista**. Essa subcategoria sintetiza a prática médica que, segundo os próprios profissionais, o curativismo é o modelo assistencial que caracteriza a profissão médica no país.

Alguns médicos não consideram a atenção primária à saúde e as práticas preventivas como efetivas para a saúde da população. Eles alegam que o trabalho preventivo deveria ficar a cargo do enfermeiro, ao médico caberia o trabalho curativo.

Infelizmente a gente ainda forma um pouquinho com aquela visão curativista da coisa, a gente não consegue enxergar a longo prazo [...] Por mais que a gente ainda bata na tecla que a medicina preventiva é boa, [...] infelizmente a nossa medicina ainda é um pouquinho curativista, infelizmente...(M2)

(a ESF) É atendimento ambulatorial, é muito bate papo e pouca medicina, vamos dizer assim... (M3)

... Capacitar mais o enfermeiro, porque assim, o enfermeiro me pedia muito grupo, tem que fazer grupo [...] tem que fazer visita [...] acontece que às vezes a enfermeira podia resolver, mais não, tem que ser o médico! (M4)

A categoria, Lugar para o médico iniciar e terminar a carreira, traduz a percepção de que o profissional tem da ESF, como uma opção passageira para

quem está chegando ao mercado de trabalho ou um lugar tranquilo para o médico em fim de carreira. Para os médicos a ESF representa a melhor opção para o recém-formado iniciar o trabalho, permite preparar para o futuro em outras áreas. Para o que está em fim de carreira, é uma alternativa para continuar trabalhando, sem muita exigência nas atividades.

A gente acaba vendo a saúde da família como o início ou o fim. Para médico que tá começando a carreira e precisa trabalhar e talvez seja a forma mais fácil de inserir no mercado de trabalho ou aquele médico que já está no fim de carreira, que tá encerrando, que já não mais dá plantão, que acha que aquela rotina de hospital é muito intensa [...] (ESF) é um trabalho mais tranquilo mesmo... (M1)

Eu vejo a ESF como dois caminhos, o médico recém-formado, que quer estudar e ter um ganha-pão e o médico que já está em fim de carreira, que quer ter tranquilidade. (M3)

A ESF é a principal opção dos recém-formados para iniciar a carreira. Os médicos que pretendem seguir outras especialidades passam pela saúde da família para fazer reserva financeira e para ter tempo para estudar, até ingressarem em outras especialidades ou residências. Trata-se de **uma ponte para especialidade**.

Tenho visto uma ponte para se fazer reserva financeira, para depois se partir para a especialidade ... (M5)

Depende também do profissional, se você não buscar, se você acha que aquilo ali é só uma ponte para um futuro, você vai acabar não se inserindo mesmo neste contexto da ESF... (M3)

Isso aqui acaba servindo como uma ponte. Termina de formar e acaba e vem para cá, por um período, pode ser para adquirir experiência, pode ser para fazer um pé de meia [...] mais é difícil permanecer muito tempo na ESF. (M1)

... Para o médico que não vai direto para a especialização, é meio que um caminho obrigatório (ESF), né?(M3)

Porque é seguro, é um dinheiro certo no final do mês, eu me formei muito novo [...] eu precisava trabalhar para ter um bom começo, eu precisava ter um começo de vida estruturado... (M4)

A subcategoria, **lugar tranquilo para aposentar**, representa outro momento que o médico procura a ESF. Segundo os entrevistados, o trabalho na ESF é mais tranquilo e possibilita a atuação de profissionais em fim de carreira. Para os participantes, os médicos que buscam a ESF em fim de carreira trazem consigo uma

prática curativa. Os profissionais que desenvolveram o trabalho curativo por toda a carreira, mesmo que assumam o trabalho na ESF, continuarão atuando da mesma maneira, ou seja, não desenvolverão o trabalho preventivo e de promoção da saúde.

Em parte o que a gente encontra é o seguinte, que PSF é para aqueles médicos velhos, cansados, se aposentando, infelizmente ainda é, ainda é assim... (M6)

Tenho visto senhores e senhoras que já estão em fim de carreira e vão (para a ESF) para não parar de vez. Aposentam de uma coisa e vão para a ESF para fazer o que sempre fez, postão de saúde, também não muda a cabeça, por mais que você tente fazer com que mude, não muda nunca... (M5)

“Emprego fácil” e pode “burlar o sistema” é a categoria que apresenta o motivo que leva o médico a procurar a ESF. Para os médicos, a ESF é uma opção acessível e tranquila para trabalhar, não tem carga horária rígida, não exige experiência prévia, permite folgas semanais, lida com uma população pouco exigente, e ainda permite **conciliar a ESF com os estudos e outros vínculos**.

Eu me formei em 28 de agosto [...] no dia 09 de setembro eu já comecei no PSF [...] eu acho que foi tranquilo para entrar no serviço... (M2)

Para o recém-formado (ESF) é bom. É um emprego garantido, um salário certo no final do mês... (M2)

PSF você tem feriado, você tem sábado, você tem domingo, eu tinha uma folga na semana, sexta eu trabalhava até meio dia, eu poderia chegar às 9 horas se eu precisasse. (M4)

Eu comecei a trabalhar no programa de saúde da família, estratégia, aliás, foi uma opção que me apareceu [...] no início eu vinha vinculado só com o hospital, mais o contrato ficou vinculado também com ao ESF, então tinha que ficar nos dois... (M6)

Pode ser recém-formado e não precisa ter especialização para atuar na ESF. Para os entrevistados, um médico dificilmente busca a especialização em saúde da família, e os cursos nesta área sempre possuem vaga disponível. Um dos motivos, segundo eles, é que para atuar na ESF não é necessário ter especialidade na área, motivo pelo qual os gestores não valorizam os profissionais que são especializados em saúde da família.

Digamos assim, é a área mais fácil de atuar, principalmente para quem não tem especialização, uma residência e a carga horária também é mais leve, dá tempo estudar... (M3)

Eu vou falar em termo de porcentagem, eu creio que dois por cento saem querendo fazer saúde da família, o restante quer ir para outra área [...] da minha turma mesmo, nenhum (queria saúde da família) (M2).

E também assim, a pessoa faz uma especialidade em ESF, ele vai chegar em um município e dizer que ele é especialista na área, para o gestor não vai ter diferença nenhuma, porque ele vai conseguir um recém formado que vai trabalhar da mesma forma. Talvez, não de forma tão eficiente como o médico que tem especialidade na área. (M2)

Hoje existe na medicina residência em saúde comunitária, em saúde da família que pouquíssimo é concorrida, até porque, é pouco procurada. A ultima vez que vi, já faz uns dois anos, nem chegava a completar o número de vagas... (M1)

Todos os profissionais citam o alto nível de rotatividade dos profissionais nos municípios em que atuam. A rotatividade ocorre quando o profissional decide trocar de local de trabalho (por estudo, por melhor proposta salarial, por carga horária de trabalho menor ou para residir em município com melhor acessibilidade) e é substituído por outro profissional. Para os entrevistados, a frequente troca de profissionais interfere na qualidade da assistência, principalmente porque afeta o vínculo entre o profissional e a população. A ausência do vínculo com a comunidade afeta o laço de confiança da população com o profissional, e o profissional, por sua vez, não atua tempo suficiente para conhecer a especificidade do seu território de abrangência.

Se eu pego os prontuários dos meus pacientes aqui, de 2009 para cá são seis anos, deve ter uns seis médicos aí, então a rotatividade é muito grande. (M1)

O medico começou, recém-formado, bom profissional [...] quando começou a fluir, o médico passa na residência. E hoje tá lá sem médico [...] o próximo a entrar, vai sair daqui a um mês [...] porque vai passar na residência, se não passar agora, daqui a um ano ele tá saindo... (M5)

Isso (a rotatividade) é ruim. A gente percebe, principalmente no interior, existe esse movimento muito grande de profissional, hoje o médico vem, passa um ano, passa dois, sai porque vai fazer uma residência, sai porque conseguiu um emprego em outro lugar... [...] são poucos os casos que a gente vê de um determinado médico ficar muito tempo em um PSF (M6).

Os profissionais que vão trabalhar em cidades de pequeno porte estão sujeitos a **vínculo empregatício frágil e sofrem influência política**. Os médicos relatam insegurança no emprego devido à interferência político-partidária e contrato de trabalho sem a garantia dos direitos legais.

Numa cidade do interior tem muita relação política, a população se acostuma com o profissional, se o time que está na situação perde na política, muda completamente a equipe, com isso aí perde a questão do vínculo, da rotina de trabalho, porque cada profissional trabalha de uma forma diferente. (M3)

Trabalhar diretamente ligado ao município é complicado porque muitas vezes, você vai acabar recebendo um calote [...] de repente um secretário, um vereador, pode pedir o meu cargo aqui, pode falar: olha, tem um sobrinho meu formando e eu quero a vaga [...] então isso gera uma insegurança muito grande, eu particularmente me preocupo muito com isso, tá? Então assim, vem a questão política, muda o prefeito, o outro prefeito já tem alguém interessado naquela vaga, então ele vai tirar você, ele vai colocar você para escanteio... (M1)

A principal desvalorização de quem quer trabalhar na saúde pública é uma coisa que se chama falta de vinculação [...] porque a gente tá trabalhando, cinco, seis anos nessa equipe, mais amanhã eu posso simplesmente não estar mais, por qualquer motivo besta... [...] Você trabalha sempre em cima da linha, tentando se equilibrar, para não ofender, para não errar, porque às vezes acontece um mal entendido e te colocam simplesmente para fora... (M5)

Os entrevistados não veem a ESF como uma carreira promissora para o médico. Para eles, a ESF **não permite o crescimento profissional** porque não existe investimento na área, como o plano de carreira, que permitirá a ascensão profissional. O médico não vislumbra boas perspectivas na ESF e planeja o futuro em outro lugar.

Eu acho que hoje o médico que se envereda pela ESF é um médico que vai ficar defasado no meio médico, por enquanto não é o melhor cominho, não... (M2)

Na saúde da família você tem condição de crescer pessoalmente, agora, profissionalmente, eu acho que esbarra muito nessa questão de retorno [...] ela esta intimamente ligada com a situação econômica, então eu acho que o retorno, ele não é gratificante... (M1)

Eu gosto de fazer um paralelo com o direito, se você vê um juiz, ele passa num concurso público, ele pode ir para qualquer região, pode ser uma cidade pequena, mais ele sabe que depois de dois, três anos ele vai crescer naquilo. Ele vai sempre ascender [...] o médico de saúde da família tem plano de carreira? Não. [...] Não tem nenhuma política pública que prenda o médico na ESF. (M3)

A ESF não consegue atender às necessidades de saúde da população, como determina a Política Nacional da Atenção Básica, **faltam condições adequadas para o trabalho e resolutividade para os problemas**. A insegurança na carreira, a falta de estabilidade, a falta de carga horária digna e das garantias legais, fazem parte da realidade vivenciada pelos médicos e outros profissionais da ESF. As condições dignas de trabalho, segundo os médicos, tornariam a ESF mais

atrativa para os profissionais, o que é um fator determinante para a qualidade do serviço.

Você dá condições dignas de trabalho, não só financeira, mas outras [...] você dá uma carga horária digna, você dá direito a um plano de carreira, uma remuneração que seja justa. [...] Por exemplo, o enfermeiro hoje, trabalha num PSF e eu acredito que não receba uma remuneração justa (M1).

Se tivesse um plano de carreira digno, eu acho que traria muitos profissionais para a área de saúde da família. (M2)

Não é construção, é desconstrução. Enquanto existirem os vínculos frágeis para os profissionais de saúde, a estratégia de saúde não vai poder ser considerada bem implantada. Não é só o vínculo do médico, é do enfermeiro, do técnico de saúde, o pessoal da farmácia, principalmente em cidade do interior, tem muita relação política. (M3)

Não existe um plano de carreira, não existe segurança [...] o que eu acho que desestimula as pessoas é essa falta de vinculação. [...] Eu to falando do médico que é a minha profissão, mais o profissional de saúde hoje, basicamente o médico, o enfermeiro e o dentista é excluído das vinculações [...] é muito ruim, perde o médico, perde o serviço, e a população. (M5)

Com um concurso, bem remunerado, com todos os direitos, você não precisa ficar como eu fico hoje, estou em 14 locais diferentes de trabalho, não é pouco, não... (M5)

Os participantes descrevem que nas unidades de saúde, em que eles trabalham, faltam equipamentos e insumos, a estrutura física é inadequada e existe muita dificuldade para referenciar os usuários para a média complexidade. As condições dignas de trabalho citadas pelos médicos dizem respeito também a ter estrutura física adequada, recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade suficientes para atender às demandas da equipe e da população.

De maneira geral a estrutura do SUS é muito bonita no papel, ela depende, eu entendo, que não exclusivamente, mais em grande parte do recurso, recurso financeiro mesmo, tá? (M1)

É estrutural também, a gente vê unidade de saúde da família aí que eu nem sei como dizer aqui... (M5)

Aqui é bem diferente da teoria. Principalmente nesta unidade, que a gente tá, falta estrutura para funcionar como um programa de saúde da família [...] a gente não consegue fazer o acompanhamento dos programas como manda o ministério da saúde. (M2)

Se chegar um paciente aqui para eu fazer um exame auricular, eu não vou conseguir fazer, eu vou encaminha esse paciente [...] era uma coisa que dava para eu fazer aqui na atenção. Falta o básico para fazer uma medicina de qualidade. [...] A gente tem muita dificuldade de referenciar o paciente para as especialidades [...] às vezes não consegue fazer a sorologia no pré-natal, então dificulta bastante. (M2)

Você pode até fazer palestras, fazer educação continuada com a comunidade, você pode tentar modificar a situação de saúde dessa forma [...] quando você precisar de outro meio que excede o básico, por exemplo, quando você precisar de algum exame para diagnóstico, você precisar de algum meio terapêutico [...]. Você sabe o que precisa ser feito, mais infelizmente, não tem ferramenta. Encaminha para um especialista e só consegue vaga para daqui um mês, dois, um ano [...] hoje eu me senti extremamente frustrado por esse motivo... (M1)

Onde tem hospital, a preferência (da gestão) é hospital [...] então falta investimento dentro do PSF para poder fazer o serviço [...] a gente quer fazer o serviço mais não tem como fazer... (M6)

A categoria, Condições que contribuem para qualidade da ESF, apresenta alguns aspectos que os médicos atribuem como fundamentais na prática da saúde da família. Os participantes descrevem suas experiências e revelam condições importantes para o bom andamento do serviço. O **trabalho em equipe** é apontado como suporte à sustentação das ações na ESF.

Precisa de uma equipe bem formada, uma equipe que trabalha junto, dentro da interdisciplinaridade... (M2)

Tem que ser um trabalho em equipe. Já chegamos a ter uma integração tão grande que emocionava. Também já cheguei a ponto de dizer que a gente deixou de ser equipe, que passou a ser um grupo de pessoas e chegou um momento que eu disse em reunião, que a gente não era nem mais um grupo, a gente era um bando de gente, trabalhando cada um por si e Deus por todos [...] mais como eu me envolvi muito com a equipe, com a ESF, eu entendo que ela (a ESF) só funciona em equipe, e uma equipe coesa. (M5)

Os médicos valorizam o **vínculo com a comunidade/ reconhecimento**. A relação de confiança que existe entre o profissional e a população é imprescindível para obtenção dos resultados da assistência à saúde. Para eles, o tempo de trabalho na comunidade aumenta a credibilidade que a população tem com o profissional e, também, amplia o conhecimento que o profissional tem da população e do seu território, determinando melhores resultados.

Eu me sinto muito feliz trabalhando aqui hoje, tanto que quando eu penso na possibilidade de sair, eu sinto um pouco de melancolia, um pouco de tristeza, mais

por está bem inserido, por está bem situado hoje, por ter esse vínculo com a população. (M1)

Hoje em dia eu conheço boa parte da população daqui [...] a gente conhece o problema das famílias, quem são os hipertensos daquela casa, os conflitos familiares, tudo isso acaba ajudando bastante o médico aqui. (M2)

O vínculo é importante para o sistema rodar, dá agilidade ao sistema, se você conhece o paciente, você vai ter agilidade no atendimento [...] eu acho importante porque os pacientes, a partir do momento que eles têm confiança no profissional que está lá, eles se entregam mais, são mais problemas resolvidos. (M4)

Era um trabalho ao mesmo tempo estressante, ao mesmo tempo gratificante, gratificante. Hoje foi o meu último dia lá (na ESF), eu me despedi de todo mundo extremamente sentido, e me dando tchau e trazendo galo, frango para dentro de casa... (M4)

Em cinco anos nessa unidade eu conheço muita gente e sei muita coisa de muita família, por conta da continuidade. Eu acho que ganha eu e ganha a clientela também, e o gestor, quando consegue manter isso. (M5)

Eu estive ausente recentemente e eu senti essa diferença, a saudade que eu deixei. Eu estive ausente por conta da doença que tive. A gente percebe que o pessoal gosta realmente da gente lá [...] principalmente quando a gente faz além do que o serviço determina. [...] Eles agradecem, sentem agradecidos e agradecem a gente também, nos lanchinhos, um convite para uma festa que vai ter na região, convida para participar, esse tipo de coisa assim... A gente se sente agradecido por isso também... (M6)

A **educação continuada** foi outro fator que os médicos atribuíram como fundamental para o preparo da equipe da ESF. Os entrevistados entendem que a educação continuada contribui para instruir o profissional para lidar com diferentes realidades relacionadas ao processo saúde-doença e agrega valorização para aqueles que buscam atualização.

Eu acho que no meu caso, por exemplo, a educação continuada melhorou um pouco. O ensino foi EAD (educação à distância), quando você tem um ensino presencial, com um tutor ali te ajudando, eu acho que melhora muito a nossa preparação, para tá em contato com esses problemas da comunidade. (M2)

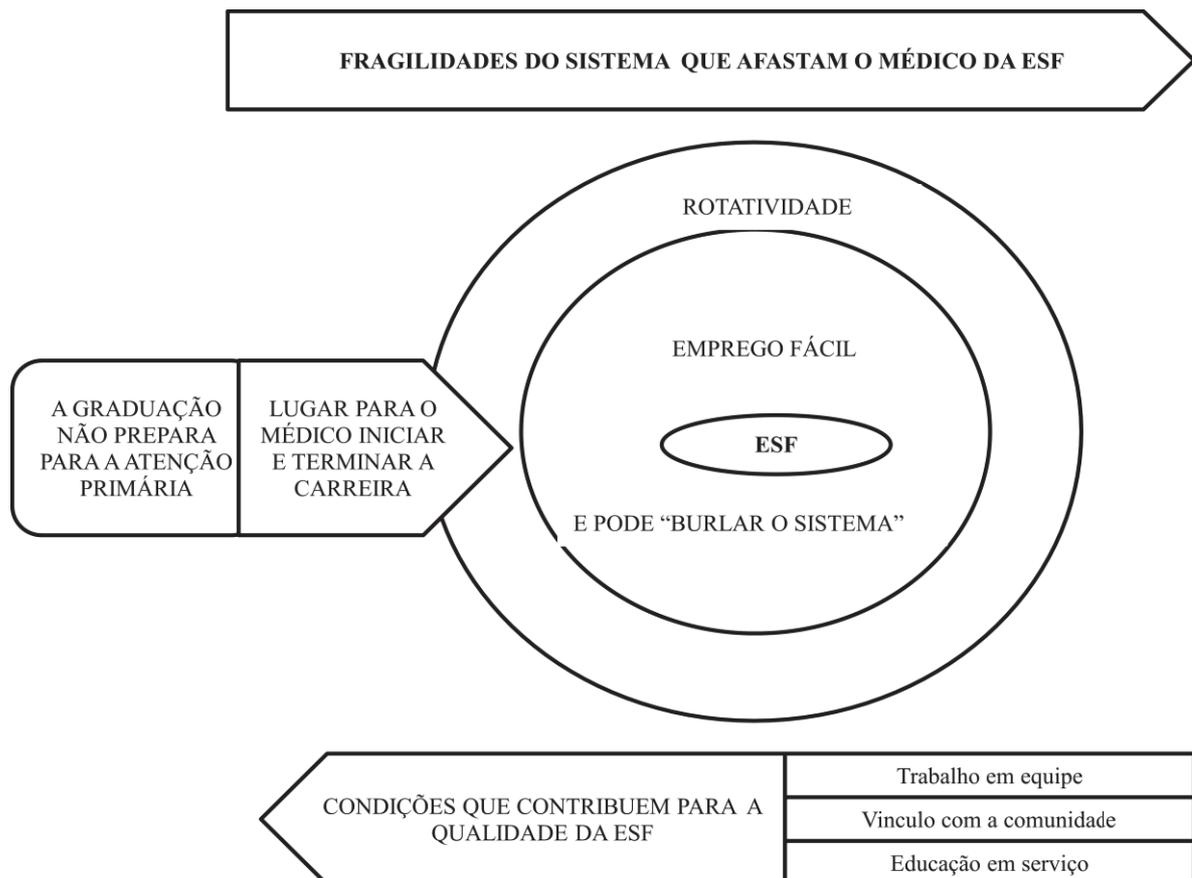
Eu acho a educação continuada é importante para todo mundo, até porque você acaba ficando um pouco bitolado com algumas coisas que você tem uma vivência muito grande. Cada local tem uma realidade diferente... (M3)

Educação continuada sim. Eu acho que é outra coisa que tem que ter, é importantíssimo, todas as vezes que eu me desloquei para fazer educação continuada, eu me senti mais valorizado e me senti mais capaz. Então, o estudo vai sempre te dando mais garantia, mais segurança, não é isso? (M5)

Precisa de educação nas escolas ou nas comunidades, para a população, a para os profissionais, para eles compreenderem como funciona e a educação dos políticos também... (M3)

Eu acho que precisa de uma estrutura física adequada, quando a gente fala de estrutura física, a gente fala também de macas adequadas, por exemplo, essa maca não é adequada para eu fazer um atendimento, né? (uma maca ginecológica) e, além disso, a questão do conforto. Imagina você trabalhar aqui à tarde? Com esse calor imenso! Você não vai conseguir concentrar nem na entrevista com o paciente. [...] Precisa de insumos, medicação, se for olhar lá na farmácia, não tem quase nada. [...] E também insumos no sentido de aparelhos, aqui não tem um otoscópio... [...] e os transportes (risos) que é o que a gente mais precisa nas unidades de zona rural (M2)

Figura 7 – Modelo teórico que representa as fragilidades do sistema que afastam o médico da ESF



Fonte: próprio autor

O modelo teórico (figura 7) representa as fragilidades do sistema que contribuem para afastar o médico da ESF, reproduz a realidade de trabalho e reflete

o modo como a organização do sistema é precária. Os participantes descrevem um serviço que oferece facilidades e/ou recompensas para atrair o médico para as áreas de difícil acesso. Entretanto, na mesma realidade de trabalho, o médico da ESF é privado de condições básicas para desenvolver a assistência de qualidade.

Os médicos não possuem formação direcionada para o trabalho na ESF e isso compromete a atuação e faz com que a assistência prestada tenha característica curativista.

A falta de condições de físicas, materiais e operacionais de trabalho, além da ausência de direitos trabalhistas, afetam a qualidade da atenção ao usuário e fazem com que o médico opte por trabalhar na ESF, apenas, em momentos mais convenientes como o início ou em fim de carreira.

As dificuldades de atrair o médico para a ESF compromete a efetividade da assistência à saúde e afetam, consideravelmente, o alcance da Cobertura Universal da Saúde, por meio do acesso ao serviço de saúde.

Compreendendo as experiências de enfermeiras que atuam na ESF

O diagrama da figura 8 representa a síntese da análise das entrevistas das observações do pesquisador e do registro de campo, realizada com seis enfermeiras.

Figura 8 - Diagrama que expressa a percepção das enfermeiras sobre a ESF.



Fonte: próprio autor

A categoria, A graduação não prepara para a realidade de trabalho, ilustra como a prática da enfermagem na ESF exige que o profissional tenha habilidades que não foram ensinadas na graduação. A categoria, A enfermagem tem sobrecarga de trabalho, traduz a diversidade de funções que compõe a prática de enfermagem na ESF. A categoria, A peça chave é desvalorizada, representa a insatisfação da equipe de enfermagem com a falta de reconhecimento profissional, a importância do enfermeiro no andamento do serviço na ESF e a falta de investimento para a prestação de uma assistência de qualidade na ESF. A categoria, Condições que contribuem para a qualidade da ESF, demonstra as relações afetivas criadas entre o enfermeiro e a população assistida e são fundamentais para a obtenção dos resultados efetivos da assistência à saúde.

A categoria, A graduação não prepara para a realidade trabalho aponta o entendimento de que o enfermeiro tem sobre formação acadêmica para a atuação na ESF. Na percepção do enfermeiro, a teoria difere da prática diária, pois existem

dificuldades com a falta recursos materiais, com a diversidade de programas, muita exigência e burocracia. As entrevistadas relataram que o trabalho na ESF abrange muitas atividades e responsabilidades que não foram contempladas nas matrizes curriculares dos cursos de graduação. Boa parte do conhecimento é adquirido com prática diária no campo de atuação. Elas aprendem com a troca de experiência com outros profissionais, por meio de especializações e pela busca de informações em manuais.

Eu aprendi muito pouco (na graduação). Eu acho que graduação não ensina nada mesmo. O que me fez aprender mais foi a prática, dentro da ESF. As duas pós que eu fiz também me abriram os horizontes, me mostrou o programa exatamente como é... (E1)

Não fui totalmente (preparada para atuar na ESF) porque eu fui preparada para atuar mais na área hospitalar (...) mas eu busquei, eu estudei, né? Aí eu conversei com alguns profissionais, que foram me apoiando, me ajudando [...] Eu aprendi muito com prática. O dia a dia foi muito significativo. (E2)

Eu acho que prepara (a graduação para a ESF), mais sempre falta alguma coisa, a questão dos programas... Hoje é bom que na atenção básica tem manuais... (E3)

... Quando você depara com as dificuldades, com as cobranças, com a sobrecarga, como eu te disse, a gente é da assistência, da administração, da coordenação, digamos assim é muito mais complexo... As responsabilidades, tudo que é imposto para você [...] hoje eu me sinto preparada e foi na prática, eu entrei aqui crua... (E4)

A gente sabe que a realidade é outra (diferente do que ensina a graduação). A gente encontra muitos problemas e dificuldades, tanto financeira quanto burocrática mesmo... (E5)

Para as enfermeiras, **a educação em serviço é falha** porque é realizada por meio de ações pontuais, não é um processo contínuo, faltam recursos financeiros, os treinamentos que acontecem a distância não refletem a sua realidade de trabalho. Elas destacam que a educação em serviço não acontece com frequência, não existia nenhum programa de educação em serviço acontecendo no momento da entrevista. Entretanto, destacam que, quando participaram de programas de educação em serviço, perceberam que essas ações foram fundamentais para a qualidade do trabalho desenvolvido na ESF.

Quando a gente começou com a educação em serviço, a gente pensou que ia engrenar. Terminou aquele ciclo, começou outro e depois parou. A gente ouviu pela DAB (Departamento da Atenção Básica do estado da Bahia) que foi por falta de recurso. Você vê, tá sempre tendo o mesmo problema de recurso. [...] Eu já

fiz mais algumas coisas depois, mais foram treinamentos, não foi pela educação em serviço, e eu acho que é preciso, principalmente porque a gente sai despreparada. (E1).

Tive algumas vezes (educação em serviço), pouquíssimas, no início, hoje em dia não. Eram treinamentos que a DORES (Diretoria Regional de Saúde) oferecia, não era contínuo. (E2)

Eu acho que aí tá uma coisa bem falha, porque é claro que não depende só do município, em nível de estado também. Eu acho que poderia preparar mais, não só o enfermeiro, como de um modo geral, todos os membros da ESF. Por mais que tenha web palestras, telessaúde, mais eu acho que a questão da vivência ali, fica falha. (E3)

A gente não tem (educação em serviço). As webs-palestra e o tele saúde eu nem tenho tido oportunidade de acessar [...]. Eles disseram que ia acontecer um treinamento, que nunca aconteceu, meu computador foi roubado... (E4)

Quando tinha educação em serviço [...] a gente tava trazendo coisa nova, a vontade de trabalhar era diferente, parece que o cansaço ia embora, você tinha novidade [...]. Às vezes chega um enfermeiro sem experiência, se formou e já começa. Às vezes eles têm que aprender com quem tá ali. com as outras pessoas que já estavam trabalhando... (E6).

A categoria, A enfermagem tem sobrecarga de trabalho, apresenta a percepção das enfermeiras sobre as diversas funções que são atribuídas ao enfermeiro da ESF. Elas referem que são responsáveis por todas as atividades gerenciais e administrativas da unidade, gestão de pessoas, planejamento das atividades de outros profissionais e respondem pelo serviço burocrático dos sistemas de informações. O acúmulo de funções prejudica a qualidade do serviço. A subcategoria, **desempenha várias funções**, mostra que o enfermeiro da ESF não atua apenas com a assistência à população adscrita, como também assume toda a responsabilidade do serviço da unidade de saúde.

Muitas vezes a gente não é valorizado pela carga que nós temos aqui, pela responsabilidade. Tudo no PSF é responsabilidade do enfermeiro, eu to atendendo aqui, e batem na minha porta: não tem água para beber [...] todo mundo bate na minha porta, acabou a luva em tal sala... tudo, tudo, tudo... As férias de todos os profissionais, o cronograma meu, do médico, além da parte burocrática que não é pouca [...] nós temos a parte assistencial, que temos que seguir um programa... (E4)

Eu acho que é uma sobrecarga muito grande para o enfermeiro, e principalmente agora depois que entrou as fichas do e-SUS, a gente tem que tá dando conta da assistência e também da papelada, fora os procedimentos que ainda vêm acarretando... (E5)

O enfermeiro de saúde da família é como se fosse o enfermeiro, o instrutor, o coordenador, tudo... A gente faz tudo, tudo fica na responsabilidade do enfermeiro, se o médico não tá vindo, é responsabilidade do enfermeiro tá corrigindo, tá passando, tá buscando alguma coisa, lista para suprir material, tudo no PSF é de responsabilidade do enfermeiro. (E6)

O trabalho na ESF caracteriza-se por ser um **trabalho muito burocrático**. As enfermeiras alegam que, após a introdução do e-SUS na rotina da ESF, houve um aumento no número de fichas para os profissionais preencherem. Com o serviço mais burocrático, passaram a se preocupar mais com o preenchimento de papel do que com a atenção à saúde dos usuários.

Eu acho que o trabalho na ESF é muito burocrático, principalmente agora depois do e-SUS, acho que piorou a questão da burocratização [...]. Às vezes a gente pega em tanto papel, tanto papel, que acaba atrapalhando esse processo todo de promoção da saúde, porque você depende de tanta coisa para chegar lá naquele objetivo que você acaba se perdendo... (E1)

A gente tem que tá dando conta da assistência e também da papelada, juntamente com as fichas do e-SUS e sobrecarrega muito porque a gente tem que fazer as fichas, além de anotações em prontuários, os livros, que a gente tem de controle. [...] Sempre eu faço a minha produção dentro de casa, e agora que aumentou as fichas, né? (E5)

Eu acho que a maior atenção do profissional tem que ser para o problema do paciente. Hoje a preocupação do profissional é pela papelada. A gente já pergunta assim: trouxe o cartão do SUS? A gente não pergunta mais: qual é o seu problema? Como você tá? Boa tarde, como está a família? [...] o importante hoje no PSF não tá sendo o paciente, tá sendo a papelada, tá sendo o número do cartão do SUS. Isso tem que mudar. (E6)

Categoria, A peça chave é desvalorizada, expressa a opinião das entrevistadas sobre a desvalorização da categoria de enfermagem na ESF. Para as entrevistadas, o enfermeiro tem um papel determinante na qualidade do serviço. Ele é determinante porque se envolve com o serviço, com a comunidade em que trabalha e se preocupa em atender às necessidades da população. A desvalorização vivenciada pelas enfermeiras tem ocasionado desmotivação com o trabalho na ESF. Elas se sentem desvalorizadas com relação ao valor do salário, com relação à carga de trabalho, com a falta de segurança no serviço, com a interferência político-partidária e a falta de autonomia para resolver os problemas de saúde da população. A subcategoria, a enfermagem **possui um salário defasado**, simboliza o baixo

salário relatado pelas enfermeiras. Elas citam que o salário não sofre reajuste há muitos anos e esse fator desestimula o profissional quanto ao trabalho na ESF.

A questão do salário mesmo, o mesmo salário (do enfermeiro) que é hoje é o de cinco anos atrás. O salário mínimo, o valor que é hoje e o de cinco anos atrás é outro valor. Tudo isso desmotiva... (E3)

Eu me sinto desestimulada por conta de tudo que nós já falamos, de não ter concurso, de não ter aumento de salário, de não ter valorização. Então assim, eu não espero muito (da ESF) não... (E4)

Então porque eu escolhi a enfermagem? Porque na época todo mundo falava: a enfermagem é a menina dos olhos do governo. Relacionando com o salário mínimo que era de cento e oitenta e oito reais na época, em 2001 a gente ganhava dois mil e setecentos reais, então equivalia a quinze salários mínimos. Desde 2001 até hoje nenhum aumento de salário, então hoje eu recebo dois mil e quinhentos reais [...] menos de três salários mínimos. Então a diferença é muito grande. A qualidade de vida do enfermeiro caiu demais. A gente hoje coloca um filho para estudar e não tem condição de manter um filho fora... (E6)

A subcategoria, **vínculo empregatício frágil / sofre influência política**, aponta que as profissionais estão insatisfeitas com o vínculo empregatício, elas são vítimas de contratos temporários, não possuem garantias de direitos trabalhistas, ficam à mercê de acordos políticos que impulsionam a rotatividade de profissionais e, conseqüentemente, prejudicam a qualidade da assistência à saúde. A rotatividade de profissionais interfere na longitudinalidade da assistência, os profissionais são impedidos de fazer o acompanhamento contínuo dos indivíduos e de fazer um planejamento a longo prazo. A comunidade e o profissional têm o vínculo frequentemente rompido.

Você começa a conhecer a comunidade, você começa a acompanhar a gestante no pré-natal, puericultura, crescimento. Aí você tem um cargo político, seu gestor perde. Você acaba saindo. [...] Quando você se adapta àquela comunidade, gosta, mais você sabe que depende da questão política. Daqui a um ano, dois, ninguém sabe se você tá... Então, isso desmotiva. (E3)

Eu estou dando um exemplo de algo recente com uma paciente, eu falei para ela: eu não sei se eu vou estar aqui no ano que vem, porque falta menos de seis meses (para encerrar o mandato do prefeito). Eu quero que você traga tudo seu. Eu vou registrar tudo e quero que você seja acompanhada, ou por mim ou pela futura enfermeira que assumir a unidade. Porque daqui a seis meses eu não sei se eu vou está aqui. Eu quero que você seja acompanhada a cada seis meses... (E4)

Os serviços são politicamente... Então a gente não tem segurança de trabalho de jeito nenhum. A gente sabe que é durante um contrato ali, geralmente um ano, e depois pode mudar tudo... infelizmente. (E5)

A enfermagem não tá tendo campo de trabalho e quando a gente consegue, você fica ali a mercê da política, da precarização, você é contratado pelo prefeito atual, se o prefeito sai, você sai junto [...] ele (o outro prefeito) te tira e vai colocar outra pessoa, nem sabe se a outra pessoa é bom profissional... (E6)

O trabalho do enfermeiro na ESF é composto de muitas responsabilidades. Entretanto, as responsabilidades não são acompanhadas de autonomia para possibilitar a resolução dos problemas que surgem no dia a dia. **Faltam condições adequadas de trabalho / resolutividade para os problemas**, o profissional se sente impotente, pois é responsabilizado e cobrado pelos demais profissionais, membros da equipe e pela população, mas não tem autossuficiência para atender às necessidades requeridas pelo serviço. O enfermeiro também não possui recursos suficientes e adequados (recursos materiais, físicos e operacionais) que permitam desenvolver um bom trabalho. A equipe de enfermagem precisa fazer adaptações, agir com improviso e ajustes para atender às necessidades do serviço. Como consequência, o profissional fica frustrado e a população desassistida e/ou negligenciada.

Quando você tá lá no dia a dia, é tanta coisa que você tem que adaptar. É uma frustração. Às vezes você tem uma gestante de alto risco, tem uma dificuldade de encaminhar. Você sente assim, tão impotente. Você quer fazer muito, mais nem sempre depende de você. (E3)

É muito mais complexo, as responsabilidades, tudo que é imposto para você, você não tem autonomia, não tem recurso, dá a impressão que a gente é negligente. A gente tem muitas dificuldades, tem dificuldades nas marcações, a gente não tem referência [...] você pede apoio seu sucessor, mais não te dá autonomia, você se sente travado, não tem como... (E4)

É muito difícil porque a gente acaba tendo que tomar conta das coisas, a gente liga para a secretaria, corre atrás da secretaria por algum determinado exame de urgência [...] lá na marcação da secretaria eles não pensam nas necessidades que uns tem mais que os outros. [...] Tem grande problema com o carro, às vezes marca grupos na zona rural, chega pessoas pega o carro, o carro não esta disponível no momento, a gente acaba ficando sem ir e eles têm que desistir, né? (E5)

A categoria Condições que contribuem para a qualidade da ESF, retrata as experiências exitosas das enfermeiras com o convívio com a população adscrita. **A população confia no enfermeiro**, as participantes revelam que a população acredita no enfermeiro e o procura para atender às mais diversas necessidades. As entrevistadas acreditam que o motivo seja porque o enfermeiro é mais acessível,

usa a sua disponibilidade de tempo para ouvir, está disposto a ajudar e tem maior contato com comunidade do que o médico. Estes aspectos ampliam o vínculo do enfermeiro com os usuários.

A gente é muito mais do que enfermeiro, eles acabam se abrindo, eu vejo muito paciente aqui que eu sei que gosta de sentar nessa cadeira aqui. [...] Às vezes muitos agentes de saúde falam: eles preferem passar contigo, que com o médico. Ele não tem tanto tempo. A oferta de consulta médica é bem mais limitada. [...] Eu sou flexível... (E4)

Estou na minha casa, estou no SAMU, e eles ligam: ó, pode me atender? Posso. Para qualquer coisa, coisa que nem vou falar aqui. Não tem como deixar de ajudar... Então eu ajudo. Qualquer hora da noite. Eu tenho certeza que não é só comigo, porque o enfermeiro no PSF é um profissional que fica muito a frente de tudo. [...] Porque às vezes eu acho que eles têm mais confiança no enfermeiro mesmo. [...] Então sempre que eles precisam eles procuram primeiro a gente, às vezes vai primeiro na minha sala, depois vai à sala do médico. (E6)

A gente tem uma coisa muito importante. Cria uma coisa muito importante chamada vínculo. Esse vínculo é que às vezes faz a gente se aproximar. É muito bom! Mas faz a gente trabalhar o dobro, porque a gente chega em casa, não tem horário não. [...] Eles têm tanta confiança no enfermeiro que ligam oito horas da noite: a mulher ta ganhando neném... (E6)

O enfermeiro tem vínculo e gosta de atuar na ESF, para as enfermeiras esse fator é imprescindível para o trabalho na ESF. O vínculo com as famílias permite a maior confiança, maior conhecimento e maior resolutividade para os problemas da população. As entrevistadas expressam sua paixão pelo trabalho na ESF, revelam o envolvimento com o trabalho e com a população de abrangência. Elas descrevem que acham gratificante o trabalho com a comunidade, apesar de todas as dificuldades que a enfermagem encontra com o trabalho na ESF.

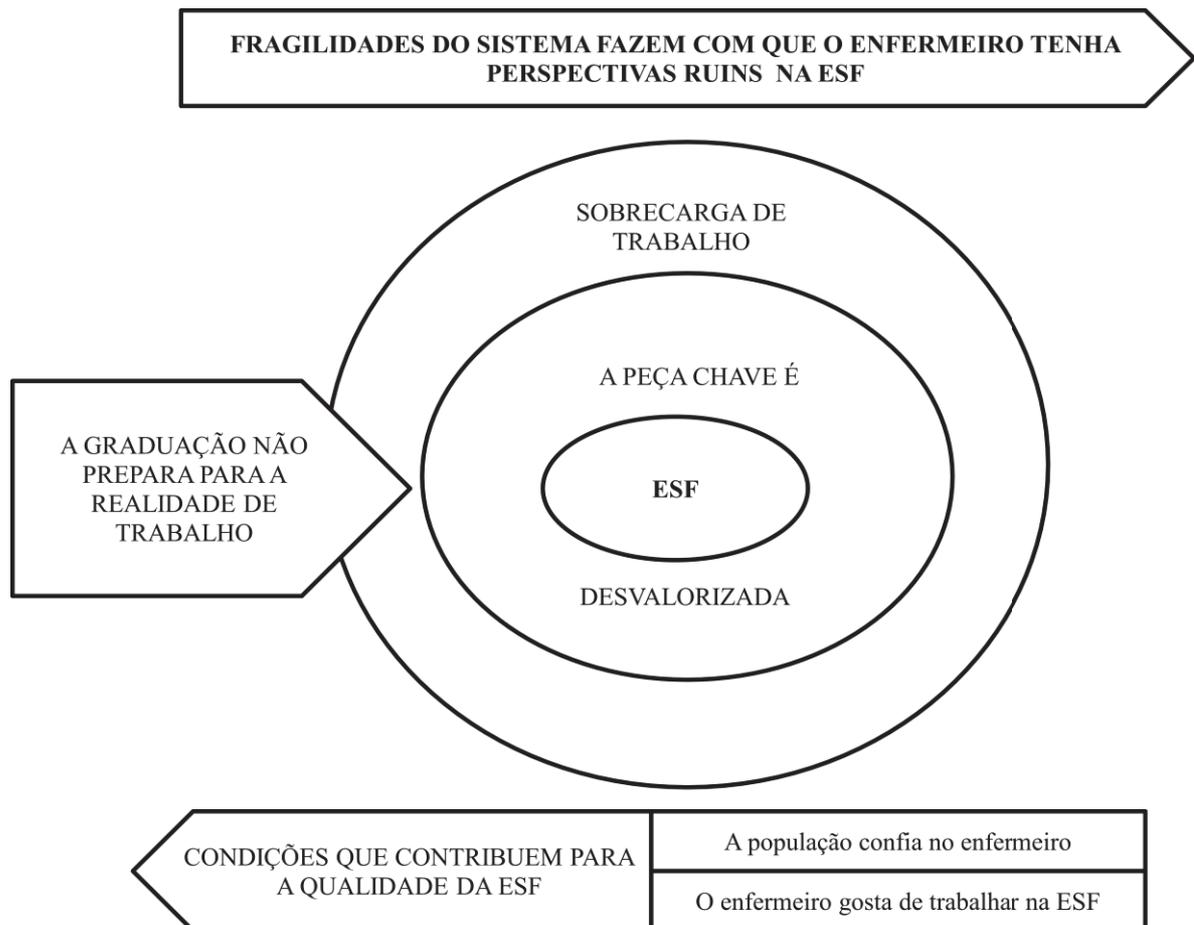
Você tem um vínculo. Cada paciente que entra aqui, você conhece a história dele. [...] A gente envolve. A gente conquista muitas pessoas. A gente faz amizade. Eu mesmo se eu for um dia de sábado na feira, eu pareço um político, todo mundo me conhece, é gratificante demais. [...] A ESF é esse vínculo, essa confiança, essa credibilidade. (E4)

A gente acaba se acostumando, principalmente na saúde da família que você acaba sendo familiar mesmo para a população. Então a gente acaba tendo muito contato, as pessoas começam a se apegar demais com a gente, a gente já sabe o histórico da família, as pessoas têm muito contato, e são contatos contínuos. (E5)

Hoje eu gosto de PSF, gosto muito de trabalhar. Aprendi. Gosto demais de PSF. A minha área de abrangência é como se fosse a minha família. Eu vivo lá dentro mesmo. É como se fosse família de verdade. (E6)

Eu gosto (da ESF). Eu adoro (a ESF). Eu amo isso aqui (a ESF). Eu costumo dizer que se eu acertasse na LOTO hoje, eu trabalharia voluntariamente, [...] mais eu faria porque eu gosto, eu gosto de ajudar as pessoas. Nossa profissão é isso... O cuidar, o acolher, o ajudar. Enfermeira é esse contato, eu amo, amo, amo, mais eu não tenho perspectiva não... (E4)

Figura 9 – Diagrama do modelo teórico das fragilidades do sistema que fazem com que o enfermeiro tenha perspectivas ruins na ESF.



Fonte: próprio autor

A análise das quatro categorias identificadas com as entrevistas das enfermeiras resultou na categoria central, Fragilidades do sistema fazem com que o enfermeiro tenha perspectivas ruins na ESF, representada na figura 9. A categoria central permite destacar que as dificuldades que a enfermagem encontra no cotidiano de trabalho na ESF afetam a expectativa do profissional com o serviço. As enfermeiras assumem o papel de peça chave para o bom desenvolvimento do programa e revelam satisfação com o trabalho na ESF. Contudo, os fatores que

desmotivam (baixo salário, desvalorização, insegurança no trabalho) possuem maior influência na percepção que o enfermeiro tem sobre o trabalho na ESF.

Então apesar de gostar, muito, muito, muito, eu acho que estão esquecendo de olhar para o enfermeiro. Muitas pessoas estão saindo e eu acho que daqui uns anos, se Deus quiser, eu vou procurar outra coisa para fazer também (E6).

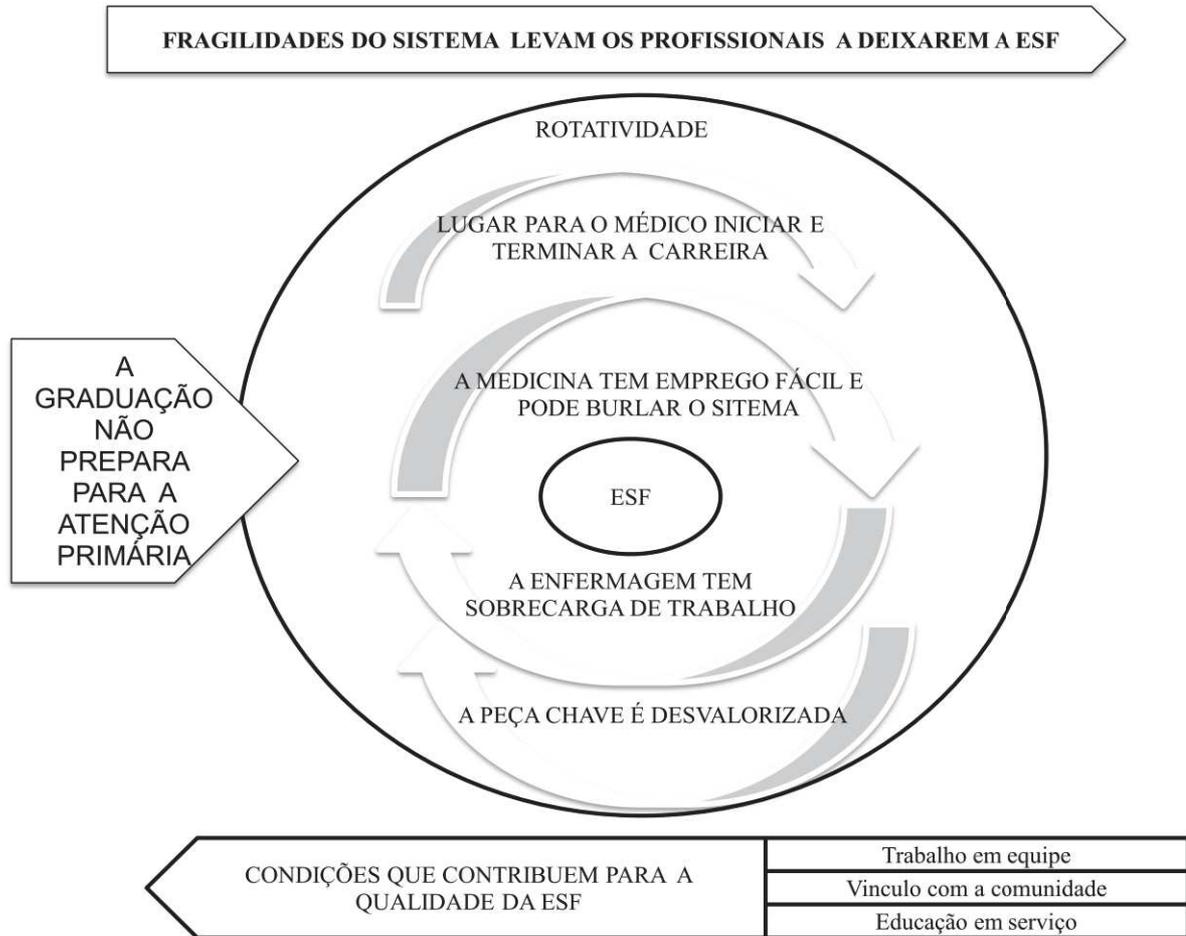
As enfermeiras relatam que o trabalho do enfermeiro na ESF envolve muitas funções: desempenho de atividades assistenciais, gerenciais, administrativas e que precisam lidar com muita burocracia. A graduação de enfermagem não prepara o profissional para ser capaz de exercer todas essas funções, os profissionais acabam desenvolvendo o conhecimento com a prática diária na atuação na ESF.

O excesso de funções delegado ao enfermeiro da ESF compromete a qualidade da assistência à saúde. O trabalho burocrático, especialmente depois do E-SUS, toma boa parte do tempo dos profissionais de saúde, o que compromete o exercício das outras atribuições.

O enfermeiro se sente desvalorizado por um salário baixo, que não sofre reajuste há muitos anos e falta de equiparação o salário do médico. O mercado de trabalho para o enfermeiro da região está saturado, esse fator faz com que os profissionais aceitem qualquer oferta de valor. A falta do piso salarial para a categoria resulta em salários variados por todo o estado da Bahia.

O emprego com influência política foi outro fator citado pelas enfermeiras como desmotivador. A maioria das enfermeiras possui vínculo empregatício regido por contrato provisório e acordo político, não recebe os direitos trabalhistas ou qualquer segurança de permanência no serviço. Os municípios da região não fazem concurso público para o enfermeiro da ESF, e os profissionais não possuem esperança de bom futuro na ESF da região.

Figura 10 – Diagrama que representa o modelo teórico das fragilidades do sistema que levam os profissionais a deixarem a ESF.



Fonte: próprio autor

A junção dos modelos teóricos identificados, a partir da análise das entrevistas dos médicos e das enfermeiras, possibilitou identificar o modelo teórico final (figura 10). As categorias analisadas interagem e compõem a categoria central denominada, Fragilidades do sistema levam os profissionais a deixarem a ESF. A categoria central apresenta os fatores que interferem no trabalho dos médicos e enfermeiros da ESF e que definem a alta rotatividade de profissionais e o comprometimento da dinâmica do serviço.

Apesar de todos os avanços alcançados com a ESF ao longo dos anos, do ponto de vista organizacional e estrutural, ainda é necessário evoluir muito. A ausência de estabilidade profissional para os médicos e enfermeiros é um aspecto que interfere diretamente na prática assistencial. A precarização dos vínculos trabalhistas é o principal fator desencadeante da rotatividade de profissionais.

O modelo teórico revela as diferentes percepções que o médico e o enfermeiro têm da ESF. O médico considera a ESF como uma área na qual lhe são

concedidos benefícios e privilégios e que lhe permite planejar outra carreira. Ele permanece por um tempo nessa área e vai construir carreira em outro local, ou até mesmo quando já construiu uma carreira e pretende finalizar o tempo de trabalho em um campo mais favorável. Já os enfermeiros, gostam de atuar na ESF, eles sentem a importância do seu trabalho para a comunidade e revelam o desejo de permanecer no trabalho. Entretanto, sofrem com as cargas de trabalho, com a desvalorização profissional, a insegurança no emprego que não garante a sua permanência na ESF.

Em síntese, o sistema representado na figura 10 aponta um sistema antagônico para médicos e enfermeiros, enquanto são oferecidos meios para facilitar o trabalho dos médicos, os enfermeiros enfrentam a sobrecarga do serviço para não deixar a população desassistida. Os médicos e enfermeiros compartilham das mesmas condições apenas na precarização do trabalho e nas influências político-partidárias. Essas deficiências do sistema levam à insegurança dos profissionais em escolher a ESF como opção de carreira.

6 DISCUSSÃO

O modelo teórico elaborado, neste estudo, revela que o contexto de trabalho dos médicos e enfermeiros na ESF está fragilizado. Diversos aspectos contribuem para que estes profissionais fiquem desmotivados e que não tenham o interesse em permanecer na atenção primária à saúde.

Este estudo apresenta um predomínio de motivos que afasta os médicos e enfermeiros do trabalho na ESF. Esses motivos estão relacionados à formação profissional, às más condições de trabalho e à organização do sistema de saúde no âmbito da ESF. O estudo ainda permite apresentar alguns aspectos, apontados pelos médicos e enfermeiros e que podem contribuir para a qualidade da assistência na ESF. Segundo esses profissionais, a educação em serviço, o trabalho em equipe, o vínculo com a comunidade e o reconhecimento pelo serviço são essenciais para a efetividade do serviço na ESF.

A graduação dos profissionais foi um fator citado pelos médicos e enfermeiros como inadequada para a atenção primária dos serviços de saúde do país. É necessário salientar que a formação de medicina, assim como da enfermagem, possui um formato fragmentado e desconexo do ponto de vista da integralidade da atenção e com características ainda hospitalocêntrica (ALMEIDA FILHO, 2011).

Os médicos reconhecem lacunas na formação médica para a saúde da família e, as enfermeiras revelam que a prática diária tem sido mais relevante na preparação das funções desempenhadas. Elas salientam que não foram devidamente instruídas na formação acadêmica.

O Ministério da Saúde e Ministério da Educação desde 2005, em ação conjunta, instituiu o Programa Nacional de Reorientação da formação profissional em Saúde (Pró-Saúde). Com a adesão ao Pró-Saúde, as instituições de ensino se comprometeram com a reorientação profissional, priorizando a abordagem integral do processo saúde doença, por meio da atenção primária à saúde. Após essa iniciativa 444 cursos da área de saúde aderiram às propostas, com destaque para áreas de medicina, enfermagem e odontologia (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, apesar das mudanças ocorridas em alguns cursos de medicina, a opção de carreira do médico continua sendo pelas áreas da atenção secundária. Os resultados mostram que os médicos tendem a optar pela carreira com melhores opções financeiras e que representem um melhor *status* social, ou seja, existe uma

cultura liberal da profissão médica que contribui para suas escolhas de carreira e determina o quadro demográfico atual (CAMPOS; MALIK, 2008; CARVALHO; SOUZA, 2013; SCHEFFER, 2016). Esse quadro mostra que o número de médicos especialistas em áreas secundárias tem crescido no Brasil e em todo o mundo. No intuito de intervir nesse quadro, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) ampliaram o investimento na educação médica e na enfermagem, com direcionamento para as áreas da atenção primária à saúde (OCDE, 2016;).

Como exemplo, países como Inglaterra, França e Canadá aumentaram o número de cursos de pós-graduação na atenção primária, na tentativa de atrair mais profissionais para essa área de atuação. É consensual, entretanto, que além de ampliar a oferta de cursos, são necessários maiores investimentos na atenção primária à saúde para equilibrar os benefícios dessa área em comparação com as outras especialidades (OCDE, 2016). No Brasil, o Programa Mais Médicos, também propõe a ampliação dos cursos de pós-graduação e residências voltados para a atenção primária (BRASIL, 2013).

O Programa Mais Médicos, por meio da Lei nº 12.871 de 2013, estabelece os critérios para ingressar nos programas de residência médica. A partir de 2018, é obrigatória a realização de um ano de residência em “Medicina Geral de Família e Comunidade” para se ingressar em qualquer programa de residência de medicina no país, exceto para nove especialidades de acesso direto (Brasil, 2013).

Existe preconceito por parte dos médicos com relação à graduação e residências que direcionam o profissional para a ESF. Essa constatação certifica que as mudanças na formação médica no país e também as propostas do Programa Mais Médico não são suficientes para promover a fixação do médico na ESF ou mesmo transformar a sua percepção sobre a carreira do médico na ESF.

Segundo os resultados desta pesquisa, a ausência de direitos trabalhistas, a constante influência político-partidária e ausência de concurso público são determinantes para rotatividade de médicos e enfermeiros. Algumas pesquisas corroboram esse resultado e apontam a ausência de estabilidade no emprego, a falta de planos de cargos e salários e a precarização dos vínculos trabalhista como principais causas da rotatividade dos profissionais na ESF (FARIAS; DALBELL-ARAÚJO, 2011; JUNQUEIRA et al., 2010; MEDEIROS et al., 2010; MENDONÇA et al., 2010).

A valorização profissional, promoção de concursos públicos, elaboração de planos de cargos e salários e a melhora das condições de trabalho são fundamentais para atrair os profissionais para o serviço da ESF (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008; FARIAS; DALBELL-ARAÚJO, 2011; MENDONÇA et al., 2010).

Apesar de existir uma escassez global de profissionais de saúde (WHO, 2016), no Brasil, a falta de médicos é mais evidente. Pesquisa recente sobre a demografia médica no Brasil aponta que, no ano de 2015, a razão nacional de médicos era de 2,11 médicos por mil habitantes. Entre os países de OCDE a média é de 3,3 médicos por habitantes (OCDE, 2016).

Existem regiões no Brasil que o número de médicos por habitantes está bem abaixo da razão nacional, a exemplo das regiões Norte que apresenta 1,09 médicos por mil habitantes. No Nordeste, há 1,3 médicos por mil habitantes, quando é avaliada a proporção de médicos por habitantes em cidades do interior dessas regiões, a redução é ainda mais expressiva: 0,42 para a região Norte e 0,46 para o Nordeste (SCHEFFER et al., 2015).

A pesquisa mostra que a escassez de médicos faz com que os gestores tenham que aceitar algumas exigências por parte dos médicos ou tenham que buscar alternativas para motivar o médico a escolher o trabalho nessas regiões.

Estratégias utilizadas pelos gestores para atrair os médicos, tais como, reduzir a carga horária e aumentar o salário prejudicam a dinâmica do serviço. A redução da carga de trabalho do médico tende a ampliar a demanda para os outros profissionais da equipe, especialmente para os enfermeiros. A desproporção do salário do médico com relação aos outros trabalhadores gera insatisfação e desmotivação por parte dos outros profissionais que atuam na ESF. O salário das enfermeiras representa menos de 1/3 do salário do médico (VIEIRA; SERVO, 2013).

A média salarial para o médico da ESF no Brasil é de R\$ 8.300,00, para atuar em média 26,5 horas por semana. Para o enfermeiro, a média salarial em cidades com a população entre 10.000 e 20.000 habitantes é de R\$ 2.398,19 para trabalhar uma carga horária maior ou igual 40 horas por semana (VIEIRA; SERVO, 2013). A discrepância entre o valor do salário e da carga horária reflete na carga de trabalho e pode desencadear baixa autoestima ou até mesmo danos à saúde. Isso interfere na eficácia e qualidade dos resultados do serviço (PIRES et al., 2016).

Já o médico que opta por trabalhar na ESF em fim de carreira, geralmente fica por mais tempo no posto de trabalho. Nesse caso, o que compromete a qualidade da assistência é a característica curativa do atendimento prestado. Uma alternativa para garantir o trabalho compatível com o modelo assistencial seria ter a especialização dos profissionais como pré-requisito para iniciar o trabalho.

A especialização em saúde da família não é critério para ingressar no trabalho da ESF em grande parte do país. Esse fator interfere na característica da prática assistencial prestada à população. Estudo realizado em algumas capitais do país mostra que municípios que exigem a especialização dos profissionais para o ingresso na ESF apresentam melhor qualidade no desenvolvimento das ações e maior resolutividade na atenção primária à saúde (MENDONÇA; MARTINS; GIOVANELLA, 2009).

O enfermeiro da ESF desempenha muitas atribuições, algumas delas não constam nas determinações da PNAB (BRASIL, 2011) Pires et al. (2016) enaltecem que é necessário propor mudanças nas condições de trabalho do enfermeiro. É preciso avaliar a capacidade desse profissional em realizar todas as funções expostas e desenvolver tecnologias que contribuam para reduzir a carga de trabalho e ampliar a segurança dos cuidados prestados.

O excesso de funções atribuídas ao enfermeiro compromete a atenção dispensada ao paciente, especialmente pelo excesso das funções burocráticas (PIRES et al., 2016). O enfermeiro e os demais profissionais da equipe devem preencher diversas fichas para alimentar o sistema de informações, o que demanda muito tempo. As funções burocráticas foram ampliadas após a instituição e-SUS, por meio do SISAB (BRASIL, 2013).

O sistema de informações tem grande importância para os serviços de saúde. A ESF depende, especialmente, do sistema de informação fidedigna para realizar a correta avaliação do território (FARIAS, 2013). Desde que foi implantada a ESF, aconteceram muitas mudanças no serviço, a demanda de atendimento foi ampliada, outros serviços foram criados, a exemplo do acompanhamento do bolsa família, programa de saúde na escola, entre outros (BRASIL, 2013). Entretanto, é importante uma análise apropriada sobre as atribuições dos profissionais da ESF, no intuito de evitar o comprometimento do serviço (MAGALHÃES; VIEIRA, 2011; PIRES; et al., 2016).

Em síntese, enquanto existirem todas essas fragilidades estruturais, organizacionais e gerenciais, médicos e enfermeiros continuarão visualizando na ESF uma opção transitória. O profissional não vai acreditar que a ESF possa oferecer condições para o seu desenvolvimento pessoal, profissional e financeiro, portanto não será a melhor opção de carreira.

Estudos mostram que o município, sem ajuda das outras esferas de governo, é incapaz de solucionar as fragilidades do sistema de saúde. Existe baixa condição econômica, decorrente das restrições financeiras e deficiência técnica para gestão do sistema de saúde. Além disso, é na gestão municipal que ocorre a mais acentuada exposição às influências político-partidárias (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; NUNES; SANTINI; CARVALHO; CORDONI JÚNIOR, 2015). Por fim, o município apresenta a inaptidão de coordenar a rede de serviços de saúde e não possui regiões de saúde integradas, organizadas e qualificadas para oferecer o suporte às necessidades que estendem à capacidade local (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Já os fatores que contribuem para a qualidade da assistência à saúde, segundo os médicos e enfermeiros são: o trabalho em equipe e a educação em serviço, o vínculo com a comunidade e o reconhecimento do trabalho. O convívio, o vínculo com a comunidade e o trabalho em equipe dependem do tempo de convivência. Desse modo, a rotatividade de profissionais interfere na criação do vínculo e no trabalho em equipe.

A criação do vínculo com a comunidade é evidenciada como determinante para a efetividade da assistência. A criação do vínculo envolve uma relação afetiva que propicia a aproximação, o estreitamento dos laços e o conhecimento mútuo, entre profissionais e usuários do serviço de saúde. O vínculo permite ampliar a confiança dos personagens envolvidos no processo de cuidado e contribui para a continuidade e adesão à terapêutica (MERHY, 2004).

A avaliação dos resultados do PMAQ revela maior participação e envolvimento do enfermeiro com a ESF. Com esse vínculo, o enfermeiro recebe a confiança, a estima e a valorização da população. Desse modo, o trabalho do enfermeiro é fundamental para a ampliação do acesso ao serviço de saúde (UCHÔA, et al., 2016).

O enfermeiro é um profissional que trabalha com empatia, com a humanização, envolvimento com as necessidades das famílias, entende a

singularidade do indivíduo e compreende as especificidades do contexto em que esse está inserido. Por isso, é o profissional que tem um trabalho de impacto para a qualidade dos cuidados e com maior capacidade de desenvolver a prática voltada para a integralidade da atenção (BACKES; BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2012; MENDES et al., 2016).

A participação em estratégias de educação em serviço é um aspecto que leva à efetividade da prática na ESF, os profissionais se sentem valorizados e seguros com a qualificação contínua (MICCAS; BATISTA, 2014). A deficiência da graduação exige um investimento ainda maior na capacitação do profissional, com especial atenção à promoção de habilidades do trabalho em equipe, a humanização da assistência e conhecimento do contexto local.

As raras experiências vivenciadas por médicos e enfermeiras, no processo de educação em serviço, são ineficientes. O modelo utilizado atualmente por meio de *web* palestras é inadequado à baixa capacidade tecnológica de alguns contextos de trabalho. A ampliação e investimento na qualificação contínua dos profissionais são fundamentais para a efetividade das ações na ESF (MICCAS; BATISTA, 2014). A educação dos profissionais deve ser realizada desde o início do trabalho da equipe, com um curso introdutório. O território é mutável e o estudo de suas transformações aliado a prática baseada em evidência devem ser um trabalho contínuo na ESF (FARIAS, 2013).

As estratégias de educação em serviço colocadas em prática não possuem resultados concretos em função da elevada rotatividade dos profissionais. A constante mudança de posto de trabalho faz com que exista a necessidade de sempre retornar a capacitação ao ponto de partida, para que o profissional recém-chegado à equipe possa adquirir o conhecimento necessário sobre o seu território de atuação.

Uma alternativa eficaz para ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a população adscrita é um eficaz sistema de referência e contrarreferência. Essa alternativa é capaz de consolidar e qualificar a longitudinalidade do serviço e da assistência prestada. No entanto, o sistema de referência não dispõe de oferta suficiente e organizada e a gestão da clínica não é realizada de modo eficiente pelos profissionais. A contrarreferência não é uma prática comum no serviço de saúde brasileiro (PROTASIO, et al., 2014; serra; Rodrigues, 2010).

O desenvolvimento profissional contínuo é fundamental para mudar o modelo assistencial praticado no Brasil. Nos países da OCDE, os investimentos na educação profissional e a premiação baseada no desempenho são considerados como reconhecimento pelo trabalho e, também, um estímulo para a melhoria da prática na atenção primária à saúde (DARZI; EVANS, 2016; OCDE, 2016). Dos 31 países da OCDE, 12 desenvolvem programas de formação contínua. Esses programas investem no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe e para a execução de novas tarefas e exigências do trabalho. Os resultados são programas devidamente concebidos, maior eficiência de recursos humanos e retorno dos investimentos públicos (OCDE, 2016).

Os resultados da pesquisa mostram que a ESF possui fragilidades que dificultam a fixação de médicos e enfermeiros e, conseqüentemente, concorrem para dificultar o acesso da população ao serviço de saúde. A resolução de todas as deficiências do sistema de saúde depende de uma política estruturada, qualificada e também recursos humanos e financeiros suficientes. O melhor investimento financeiro na atenção primária à saúde pode contribuir para solucionar as precárias condições de trabalho, reparar os problemas estruturais e atrair os profissionais para o trabalho na saúde da família, ampliando efetivamente a Cobertura Universal à Saúde.

A regionalização da saúde, proposta por Santos e Gastão (2015) é uma alternativa para solucionar os impasses na gestão dos serviços e, também, nas políticas de pessoal. A proposta de regionalização proporcionaria a integração dos serviços dos municípios em um território sanitário, que seria gerido por uma governança regional de qualidade. Dentre suas atuações, a regionalização possibilitaria o planejamento das ações, organização e direcionamento das práticas, além de eliminar a interferência político-partidária. A regionalização da saúde é uma proposta inovadora que busca reverter dificuldades municipais do ponto de vista técnico, operativo e organizacional.

Campos, Machado e Girard (2009) propõem transformar a carreira dos profissionais da ESF em carreira nacional. Essa é uma alternativa que pode garantir a padronização das funções, dos salários e garantir o financiamento adequado. Como critério, os municípios poderiam ser divididos por estratos semelhantes ao utilizado no PMAQ e a classificação de salário e as premiações por desempenho e seriam de acordo com a faixa do município. A alternativa da carreira nacional com a

regionalização efetiva e melhores condições estruturais, fariam da ESF uma opção de carreira atrativa, confiável para todos os profissionais.

As vivências de médicos e enfermeiros na ESF são semelhantes à descritas em pesquisas realizadas no Brasil (MEDEIROS et al., 2010; PIRES et al., 2016). Isso ratifica como a pesquisa qualitativa permite o aprofundamento dos fenômenos humanos e traz importante contribuição para a Ciência. O modelo teórico elaborado afirma o quanto as fragilidades do sistema de saúde brasileiro são determinantes para afastar médicos e enfermeiros do trabalho na ESF. Esse fato comprova a necessidade de intervir nas deficiências que o sistema de saúde apresenta e de ampliar as ações que promovam o amplo acesso e a qualidade dos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação de médicos e enfermeiros na ESF é transitória. Esse contexto de trabalho apresenta fragilidades que desmotivam a permanência desses profissionais na atenção primária à saúde. As principais condições identificadas como desencadeantes da baixa permanência de médicos e enfermeiros são: Formação profissional inadequada à realidade de trabalho, precárias condições de trabalho, ausência de vínculo e direitos trabalhistas, interferência político-partidária, baixo salário e sobrecarga de trabalho.

O modelo teórico elaborado, neste estudo, evidencia um predomínio de condições identificado como desencadeante da rotatividade de médicos e enfermeiros na ESF. As fragilidades desse sistema afastam o médico e permite que o enfermeiro tenha perspectivas ruins no trabalho nessa área. Em virtude da realidade de trabalho na ESF, o médico identifica a ESF como um trabalho provisório, e as enfermeiras sentem-se desmotivadas em consequência da desvalorização que a categoria está exposta nesse serviço.

O estudo ainda permite apresentar os aspectos, apontados por médicos e enfermeiros, que contribuirão com a qualidade da assistência na ESF: a educação em serviço, o trabalho em equipe, a criação do vínculo com a comunidade e o reconhecimento pelo trabalho. Essas condições sustentam o trabalho e a permanência do profissional no serviço.

Para sanar as fragilidades da ESF, é necessário investir na formação do profissional de saúde, na mudança curricular, nas instituições formadoras e adequar o ensino às necessidades dos serviços de saúde do país. A desprecarização dos vínculos trabalhistas e a criação de planos de cargos e salários tornam-se imprescindíveis. A qualidade dos serviços de saúde, também, está condicionada à melhoria da estrutura dos serviços de saúde. Para mudar a realidade dos serviços, o financiamento da saúde precisa ser ampliado e também é necessário desenvolver a política de gestão para direcionar os recursos com eficiência e planejamento.

Diante da diversidade de aspectos expostos, o contexto da ESF é identificado como um sistema de saúde anárquico. O sistema não permite ao profissional a perspectiva e segurança de ascensão na carreira e também não oferece a garantia de desenvolver um trabalho de qualidade. Portanto, é necessário

encontrar alternativas que tornem a realidade da ESF mais atrativa para esses profissionais.

Em síntese, a solução para os problemas identificados depende de uma política de Estado abrangente. A responsabilidade de financiamento, gestão, planejamento, qualificação e avaliação devem ser compartilhadas entre todas as instâncias (municipal, estadual e federal). A instituição da regionalização da saúde pode ser o caminho para a junção das três esferas de governo, com capacidade técnica e gerencial para buscar soluções para as fragilidades do sistema de saúde brasileiro.

Os resultados deste estudo contribuem para identificar a necessidade de intervir nas condições adversas identificadas na ESF. Não é possível haver um sistema de cuidados de saúde eficaz, sem que exista uma oferta de profissionais qualificados, motivados e em número suficiente. A força de trabalho é determinante para a mudança do modelo assistencial, para efetivar os preceitos do SUS, garantir o amplo acesso ao serviço de saúde e alcance da Cobertura Universal da Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**. v. 377, jun. 4. 2011.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O papel do enfermeiro no sistema de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.

BAHIA. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Regiões de saúde. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/visaomicrocomlegenda.asp acesso em 03 out. 2016.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Coordenação de Saúde da comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html Acesso em: 29 de mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 29 mar. 2015.

BRASIL. Congresso. Lei nº 12871 de 22 de outubro de 2013. Institui o programa Mais Médico. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acesso em: 29 de mar. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos município por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf Acesso em: 25 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html Acesso em: 18 de jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf Acesso em: 25 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação **Pro-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996. Cria a Norma Operacional Básica do SUS – NOB – SUS /96. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação da estratégia de Saúde da Família. [internet]. Unidade geografia: Brasil. Competência: outubro de 2016. Disponível: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em: 09 dez. 2016.

CAMELO, S, H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Ciência, Cuidados e Saúde** v. 7 n. 1 p. 45-52, Maringá, jan/mar 2008.

CAMPBELL, J. et al. Human resource for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. **Bull World Health Organ** v. 91, p. 853-863. 2013.

CAMPOS, C. V. de A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n. 2, p. 347-68 mar/abr 2008.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debates**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai 2009.

CAMPOS, G. W. de S. Reflexões temáticas sobre a equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAMPOS, G. W de S.; PEREIRA JÚNIOR, N. Atenção Primária e o Programa Mais Médico do Sistema de Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 n. 9 p. 2655-2663, 2016.

CARVALHO, M. S.; SOUZA, F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimentos de médicos? **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v. 17, n. 47, p. 913-26 out/dez 2013.

CASSIANI, S. de B., CALIRI, M. H. L., PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista latino – americana de enfermagem**, v.4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. São Paulo: Artmed, 2009.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca da equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, [supl.] p. 138- 51 2012.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. Formação profissional no SUS: oportunidade de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trabalho Educação Saúde**, v. 6, n. 3, p. 503-17 nov. 2008/ fev, 2009.

DIAS, H. S. H.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

DARZI, A. EVANS, T. The global shortage of health workers-na opportunity to transform care. **Lancet**, v. 388 n. 10060 p. 2575-2577, 26 nov. 2016.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do trabalho. Mediações – **Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 16 n. 1 p. 142-156, jan/jun, 2011.

FARIAS, R. M. de A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygéia**, v. 9 n. 16 p. 131-147, jun. 2013.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: Seletiva ou Coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 757-62, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>> Acesso em: 03 out. 2016.

JUNQUEIRA, T. da S. et al. As relações de trabalho no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 918-928 mai, 2010.

LIMA, F. L. T. de. **A Rotatividade de profissionais na estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre a Microrregião de Itabira- MG 2012. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde públicas no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MAGALHÃES, R. V.; VIEIRA, L. J. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no programa de saúde da família. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.35, n. 91, p. 563-569, out/dez, 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. **Os Sentidos da Integralidade na atenção à saúde**, 8 ed. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS/UERJ.ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=43> Acesso em: 08 out. 2015.

MEDEIROS, C. R. G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implantação da Estratégia da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15 n. supl. 1 p. 1521-1531,2010.

MENDES, I. A. C.; VENTURA, C. A. A.; TREVISAN, M. A.; MARCHI-ALVES, L. M.; SOUZA-JÚNIOR, V. D. Educação, liderança e parcerias: potencialidades da enfermagem para a cobertura universal da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 24 p. 2673. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100305&lng=pt&nrm=iso&tling=pt Acesso em: 10 nov. 2016.

MENDES, E. V. As redes de Atenção à Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MENDES, E. V. A APS no Brasil. In: MENDES E. V., organizador. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. P. 71-99.

MENDONÇA, M. H. M de; MARTINS, M. I. C.; GIOVANELLA, L. Formação de trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica. **Boletim Instituto de Saúde**. n. 48 nov. 2009.

MENDONÇA, M. H. M.; et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 n. 5, p. 2355-65, 2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada em Tecnologias Leves e no campo relacional . **Saúde em Debate** ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento da Educação na Saúde. **Ver-SUS**. Brasil: Cadernos e textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137 (Serie B. Textos básicos da saúde).

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em Saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48 n. 1 p. 170-185.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai/jun. 2005.

NUNES, E. de F. P. de A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B. G. C.; CORDONI JUNIOR, L. Força de trabalho em saúde na Atenção básica e m Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 104, p. 29-41, jan/mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00030.pdf> Acesso em: 06 jan. 2017.

Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right skills, Right places. **Organisation for Economic Co-operation and Development** , Paris; 2016. Disponível em: <http://www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm> Acesso em: 10 dez. 2016.

Organização Pan- Americana. **Renovação da APS nas Américas**: Documentos de Posicionamento da Organização Pan-Americana/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Brasil, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32 n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n. 4, p. 625-44, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde In: ALMEIDA FILHO N. de; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Medsi, 1999.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1. O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios. **Lancet**, v.337, n. 9779 p. 1778-179.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. V. C.; CARVALHO A. I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A de; FERLA, A. A. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: varias faces de uma política inovadora. **Divulgação em saúde para debate**, n. 51, p. 38-42. Rio de Janeiro, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf> Acesso em: 10 fev. 2017.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na Saúde da Família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 24 p. 2677. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf. Acesso em: 10 nov. 2016.

RIBEIRO, L. R. C. **Aprendizagem base em problema (PBL): Uma experiência no ensino superior**. São Carlos: EduFSCar, 2008.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 8-19. São Paulo, 2010.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A. CASSENOTE, A. **Demografia Médica do Brasil 2015**. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM, 2015.

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos **Ciência &Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, 2016.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI M. V. G. C. (org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007.

SILVA, V.G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na ESF: o caso do município de vitória/ES. **Revista eletrônica de enfermagem** [internet] 2010; v. 12, n. 13, 441-8. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a04.htm>. Acesso em: 20 de Nov. de 2016.

SPEDO, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. da S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em municípios de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1781-90. São Paulo, ago. 2009.

STAFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco /Ministério da Saúde, 2002.

TEXEIRA, C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelos de Atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. 237p.

UCHÔA, S. A. C.; et al. Acesso potencial à atenção primária à saúde: o que mostra os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 24, e. 2672, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02672.pdf. Acesso em 10 nov. 2016.

UNITED NATIONS – General Assembly. 67th. Global Health and foreign policy resolution. Dez. 2012. Disponível em: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Global%20Health%20and%20Foreign%20Policy%20resolution%202012_67th%20GA.pdf Acesso em: 01 nov. 2016.

VIEIRA, R. da S.; SERVO, L. M. S. Estimativas de custos dos recursos humano em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal. **Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)**, Brasília, Nota Técnica, n.16, out. 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20160 Acesso em: 05 nov. 2016.

WHO. Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030. **World Health Organization**, Geneva, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-en.pdf Acesso em: 28 de jan de 2017.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (a) para participar, como voluntário (a), da Pesquisa intitulada **Perspectiva sobre o trabalho na estratégia de saúde da família: opinião de médicos e enfermeiros**. Meu nome é **Vera Gardênia Alves Viana**, sou a pesquisadora, **mestranda em atenção à saúde**. Minha orientadora e pesquisadora responsável é a Prof^a Dr^a **Maysa Ferreira Martins Ribeiro**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e rubricar todas as páginas, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Vera Gardênia Alves Viana**. No e-mail vviana1@yahoo.com.br e no telefone, inclusive sobre forma de ligação a cobrar, (77) 91282726 ou com a orientadora e responsável pela pesquisa a professora **Maysa Ferreira Martins Ribeiro**, nos telefones: (62) 3288-2459/ (62) 8454-4108, ou através do e-mail maysafmr@yahoo.com.br. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás.

Este estudo faz parte da minha dissertação de mestrado e tem por objetivo conhecer como profissionais como você descrevem a atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo relevante por contribuir para uma maior compreensão da realidade de trabalho da ESF.

A pesquisa será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro. As entrevistas serão realizadas em local reservado, na Unidade de Saúde da Família que você atua, em horário compatível com as suas atividades, mas que não interfira na agenda e/ou na rotina do serviço. As entrevistas serão gravadas na íntegra e após serão transcritas e analisadas. A entrevista terá uma duração total de aproximadamente 1 hora. Você poderá sentir-se ansioso (a) e/ou desconfortável ao responder as perguntas do roteiro. Caso você não se sinta confortável durante a entrevista você poderá, a qualquer momento, solicitar que a entrevista seja interrompida.

Você terá riscos mínimos ao participar desse estudo, pois a trata-se uma conversa amistosa e com tema comum à sua vivência. Os possíveis riscos a que você poderá estar sujeito são: constrangimento, exposição. No entanto, tais riscos serão minimizados, pois manteremos seu nome em privacidade com a confidencialidade dos dados coletados, será utilizado um código para substituir o seu nome. Vamos interromper a pesquisa caso você sinta cansaço ou qualquer desconforto que o prejudique ou que interfira no andamento do estudo. Você também pode a qualquer momento solicitar que a avaliação seja interrompida.

Você tem direito a assistência integral e gratuita relacionada a prejuízos e danos (imediatos, tardios, diretos ou indiretos) decorrentes da sua participação neste estudo. Os benefícios deste estudo são os resultados servirão para informar os profissionais da área da saúde e acadêmicos sobre as experiências de médicos e enfermeiros na ESF, e com isso cooperar para a melhor fixação dos profissionais em municípios de menor acesso, contribuir para ampliar a atratividade da ESF, redução da rotatividade do profissional e auxiliar para a melhor qualidade do serviço de saúde prestado pela ESF. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa.

Comprometemos também a apresentar os resultados nas unidades participantes (Unidades de saúde da Família dos municípios de Caculé, Ibiassucê, Lagoa Real e Rio do Antônio no estado da Bahia) – apresentação individual e/ou coletiva. Assim, você poderá ter acesso aos seus resultados desta pesquisa.

Garantimos a confidencialidade do seu nome, ou informações identificáveis, não serão utilizadas em relatórios ou publicações resultantes deste estudo. Os dados e resultados serão guardados por um período de cinco anos e analisados em forma de códigos. Após esse período o material será incinerado. Não estão previstos gastos com a sua participação nessa pesquisa, porém caso ocorram, você será ressarcido. Você tem direito a indenização em caso de danos decorrentes da participação nesta pesquisa.

Eu,....., inscrito sob o RG/CPF/n.º do Conselho de classe, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **PERSPECTIVA SOBRE O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: OPNIÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS**. Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e gratuito. Fui, ainda,

devidamente informado (a) e esclarecido (a), pela pesquisadora Vera Gardênia Alves Viana, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

(cidade de origem), de de

Assinatura por extenso do (a) participante

Vera Gardênia Alves Viana
Mestranda

Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Pesquisadora responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS.

- Fale sobre o trabalho na ESF (sobre o seu dia-dia).
- Conte o que o influenciou na escolha da ESF para área de atuação.
- Como você vislumbra a construção da sua carreira na ESF?
- Fale sua percepção sobre a rotatividade de profissionais?
- Fale um pouco sobre os fatores que podem contribuir para a qualidade da assistência na ESF?
- Em que cenário você se vê dentro de cinco anos?