

MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O INGRESSO E PERMANÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marisa Pacini Costa*; Luiz Fernando Severo Marques**; Maria da Guia Oliveira**; Amanda Almeida Rocha***; Ana Paula de Souza Pereira***; Cristiana Lousa de Oliveira***; Gustavo de Souza Siqueira***; Marcelo Diolindo de Sousa***; Vinicius Veloso Paulino***.

*Tutora do programa Pet-Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS;

**Preceptores do programa Pet-Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS;

***Pesquisadores do programa Pet-Saúde e estudantes da Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS:

RESUMO: A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país depende da participação de profissionais comprometidos com as propostas estabelecidas por esse modelo de assistência. Esse estudo busca compreender a motivação dos profissionais em escolher a ESF como área de atuação, e os fatores responsáveis pela permanência e vinculação destes à ESF. Utilizada abordagem qualitativa, foram entrevistados 14 profissionais, de 6 diferentes categorias, atuantes nas Equipes de Saúde da Família na Regional de Saúde de Sobradinho, no Distrito Federal. A satisfação por colaborar com o avanço desse modelo de assistência, que promove a saúde integral do paciente é o principal fator estimulante para o profissional. Achado outro de grande valia é a crítica à atual falta de apoio e investimento da Secretaria de Saúde local no avanço da ESF.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Satisfação no Emprego

ABSTRACT: The expansion of the Estratégia Saúde da Família (Family Health Strategy, ESF) in the country depends on the participation of professionals committed to the proposals set out by this model of care. This study seeks to understand the motivation of the professionals in choosing the ESF as their field, and the factors responsible for their permanence and binding on the ESF. Using a qualitative approach, we interviewed 14 professionals from 6 different categories, working in Family Health Teams in the Regional Health of Sobradinho, in the Federal District. The satisfaction for supporting the advancement of this model of care, that promotes the overall health of the patient, is the main stimulating factor for the professional. Another finding of great value is the critic to the current lack of support and investment from the local Health Department in the advance of ESF.

KEY WORDS: Primary Health Care; Family Health Program; Job Satisfaction

INTRODUÇÃO

Em 1988 o Brasil define, em sua Constituição Federal, saúde como direito de todos e dever do Estado, afirmando ainda que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Assim, estava criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que introduziu modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde¹.

Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas comprometeram sua operacionalização, fazendo com que necessitasse de reformas, não constitucionais, mas incrementais - baseadas em pequenos ajustamentos sucessivos- a fim de ser executado em sua plenitude, e alcançar o mesmo objetivo já propostos anteriormente, que é um sistema de saúde resolutivo e universal, capaz de garantir o bem-estar biopsicossocial do cidadão².

Promover essa reorganização do sistema de saúde, baseando-se em uma forte orientação para a atenção primária, justifica-se pela existência de evidências científicas que comprovam a eficiência desse modelo, tido como mais equitativo, menos oneroso, e capaz de impactar significativamente os níveis de saúde da população³.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida como política básica do Ministério da Saúde para reorganização do sistema de saúde, e os resultados positivos alcançados nos principais indicadores de saúde das populações assistidas tem motivado a expansão desse modelo de assistência⁴.

O projeto de expansão da Estratégia, porém, ainda esbarra em muitas dificuldades. A fim de superá-las, o Ministério da Saúde celebrou um acordo com Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), originando o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que objetiva, em termos gerais, contribuir para a continuidade da reorganização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país, a partir da implantação, consolidação e qualificação de novas Equipes Saúde da Família, nos municípios brasileiros. Desde o início do projeto até o momento atual, observamos um aumento da taxa de cobertura da ESF de 32,31%, em 2003, para 54,01% da população brasileira, em 2012^{4, 5, 6}.

Se por um lado a expansão da ESF em âmbito nacional foi considerável, no Distrito Federal os índices não são exemplares. Apesar de alcançar índices de cobertura de 51% em 1998, em 2003 as Equipes de Saúde da Família implantadas ofereciam cobertura a 6,58% da população, chegando a 2012 com uma taxa de cobertura de 15,03%. Importante considerar ainda que houve um retrocesso nesse movimento, pois se em 2010 havia 120 equipes de saúde da família implantadas (15,87% de cobertura), em 2012 o número alcança tão somente 112^{4, 5, 6, 7}.

Campos (2002), afirmou que a expansão da ESF em grandes centros urbanos brasileiros encontram restrições específicas, listando como possíveis desafios para a consolidação desse modelo a inadequação da infraestrutura – física, humana e financeira – que estariam ainda atreladas à lógica hospitalocêntrica bem como possível resistência por parte da comunidade⁸.

Pelo fato de a incorporação da ESF encontrar obstáculos, é preciso considerar a possibilidade de incentivos que favoreçam a adesão de profissionais nessas áreas, pois para o real cumprimento das propostas estabelecidas é preciso, evidentemente, que um maior número de profissionais venham a constituir as equipes de saúde da família, e que atuem efetivamente de acordo com o modelo da ESF. Dentre os incentivos podemos listar vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos e incentivos salariais⁵.

Por ser crescente o consenso de que o desempenho desses profissionais afeta, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários⁹, é necessário também incentivos que apoiem a permanência de profissionais nessa área, de modo a reduzir a rotatividade dos profissionais e estabelecer a fixação das ESF implantadas⁵.

Esse estudo busca compreender a motivação dos profissionais em escolher a ESF como área de atuação, bem como evidenciar os fatores estimulantes e desestimulantes que estes profissionais encontram na prática, a fim de sugerir quais fatores seriam responsáveis pela permanência e vinculação destes à ESF e quais estariam relacionados à alta rotatividade profissional e seriam tidos como obstáculos que comprometem a qualidade da assistência prestada.

METODOLOGIA

Esse estudo faz parte da pesquisa maior “A valorização do trabalho e do trabalhador: autonomia e protagonismo nas equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobradinho – DF”, fomentada e financiada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, com ênfase na Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se abordagem qualitativa, com amostra por conveniência, composta por 15 profissionais lotados em uma das cinco equipes da Estratégia Saúde da Família, com atuação na Regional de Saúde de Sobradinho no Distrito Federal, implantadas em março de 2004.

Para o estudo foram selecionados, a partir de claros critérios de inclusão, dois médicos, dois enfermeiros, dois odontólogos, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, cinco agentes comunitários de saúde e um Agente Operacional de Serviços Diversos – Enfermagem. Tais números perfazem 50% do quantitativo de cada categoria profissional em suas respectivas equipes, excetuando a de Agente Comunitário de Saúde, que por ser em maior número, abarcou cerca de 25% de seu totalidade nas cinco equipes estudadas.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2011, por meio de entrevistas com questões abertas, na busca das percepções e sentimentos desses servidores no que concerne ao desenvolvimento de suas atividades laborais, relacionando-os a aspectos da infraestrutura disponível, ao suporte logístico-operacional, ao reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo próprio profissional, por parte da equipe de sua inserção, por parte da comunidade a quem ele serve, por parte da gestor imediato na Regional e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

As entrevistas foram gravadas em áudio, sendo o material transcrito integralmente e analisado de acordo com as etapas descritas no referencial teórico de Bardin (2004). O procedimento de análise passou pelas seguintes etapas: 1) Transcrição integral das entrevistas, 2) Leitura flutuante 3) Leitura exaustiva, 4) Classificação do conteúdo em unidades de significação e 5) Reorganização em categorias.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Os profissionais e os serviços envolvidos no estudo foram esclarecidos acerca de seus objetivos e da forma de atuação dos entrevistadores. A adesão ao estudo foi voluntária, sendo garantido o sigilo em relação à identificação dos participantes. No início de cada entrevista foi distribuído e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo essa uma condição imprescindível à participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliamos, em separado, os motivos de ingresso dos profissionais na ESF e os motivos que determinam a permanência destes nessa área de atuação.

MOTIVOS DE INGRESSO

No presente estudo, os fatores que motivaram o ingresso dos profissionais de saúde na ESF foram divididos em cinco subcategorias: Identificação com as propostas da ESF; Conquista de um emprego; Lotação compulsória; Incentivo financeiro e vantagens relacionadas ao processo de trabalho.

Os profissionais que aderiram à ESF por se identificarem com suas propostas eram pessoas que mostraram ter um conhecimento prévio desse modelo de atenção, seja durante a formação em instituição de ensino superior, ou por terem trabalhado previamente nos modelos “precursores” da ESF, como por exemplo, o “Saúde em Casa”, programa implantado no Distrito Federal em 1998⁷. Apontaram que se entregaram a essa prática por acreditarem no seu valor, na sua beleza, em sua capacidade de favorecer a proximidade entre o profissional e a comunidade, e na certeza de sua capacidade resolutive, como exemplificado na frase abaixo:

“No pronto Socorro o paciente chega com crise hipertensiva, AVC, infarto. Tudo isso poderia ter sido evitado se o PSF da região que eu trabalhava estivesse funcionando.(...) Eu trabalhava num Pronto Socorro e reconhecia a importância da atenção básica na prevenção dessas complicações.” Entrevistado Equipe 3

Em um estudo conduzido pelo Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ, publicado em 2005, foram também investigados os motivos da escolha pelo trabalho no PSF. Realizado em dez grandes centros urbanos brasileiros, incluindo Brasília, aponta como um dos motivadores o fato de os profissionais compartilharem a ideia de que o PSF pode reorganizar a atenção à saúde no município⁵.

Dos profissionais que fizeram esse relato, encontramos que $\frac{3}{4}$ são de nível superior. Passados dezoito anos da estruturação do modelo que hoje denominamos ESF, somos levados a crer que as faculdades e universidades brasileiras foram alvos de mudanças curriculares, com o objetivo de adequar os profissionais às necessidades de saúde da comunidade, justificando o conhecimento prévio desses indivíduos quanto às suas atribuições profissionais. Sob essa óptica, o meio acadêmico é visto como um benefício em potencial à expansão da ESF nos grandes centros urbanos⁸.

Podemos também questionar o quanto o programa é desconhecido ainda pela população em geral. Houve pessoas que prestaram o concurso para trabalhar na ESF sem nem ao menos saber das atribuições previstas para seu cargo, e muito menos conscientes dos princípios desse modelo de atenção. Nesses casos a motivação era simplesmente a conquista de um emprego. Dos seis entrevistados que apontaram esse motivador, cinco são ACS, e um Técnico de enfermagem. Mostrando tendência semelhante, documento do Ministério da Saúde aponta que entre a maioria dos ACS, a escolha pela ESF correspondeu a uma situação de desemprego⁵.

A existência de incentivos corresponde à adoção por parte do gestor municipal de mecanismos de valorização do profissional da Estratégia Saúde da Família¹⁰. Esse fator foi apontado como motivador por dois dos profissionais entrevistados: uma dentista, que afirmou ser mais bem remunerada no serviço público quando comparada ao serviço privado; e uma técnica de enfermagem, que afirmou ganhar mais na ESF, trabalhando a mesma quantidade de horas, se comparado ao trabalho na atenção hospitalar.

Uma das pessoas entrevistadas apontou como fatores atrativos algumas vantagens relacionadas ao processo de trabalho na ESF. Médica e mãe, ao comparar a dinâmica de trabalho da ESF à dinâmica da assistência emergencial hospitalar, afirma:

“O PSF não é aquele plantão de 12 horas, corrido. Você faz manhã e tarde, com intervalo de almoço. Dá pra eu buscar o neném na creche, deixar em casa com a babá e voltar para trabalhar”. E. Equipe 1

Afirma ainda a possibilidade de levar o filho para o trabalho, quando não tem a quem entregar os cuidados com a criança, ressaltando a cooperação da equipe, capaz de auxiliá-la em suas necessidades.

A lotação ou transferência compulsória foi o motivo apontado por três dos profissionais para justificar porque trabalham na ESF. Nesses casos notamos não haver de fato uma escolha, se entendermos esse termo como significado de opção, preferência. O Plano de reestruturação da Atenção Primária à Saúde no DF, elaborado em 2007, já previa a alocação e a readequação de recursos humanos para a formação de equipes interdisciplinares, a fim de resolver a questão do quantitativo de profissionais atuantes na ESF¹¹.

“Bem, na verdade não foi bem uma escolha. Quando eu fui nomeada para a secretaria de saúde, eles meio que empurraram a gente pro PSF.” E. Equipe 3

Essa fala, porém, traz à tona o questionamento quanto à posterior satisfação desses profissionais na condução de seus trabalhos, uma vez que fica evidente o fato de não terem assumido um papel ativo nessa escolha, apenas submeteram-se a uma determinação superior. Para trazer uma resposta a esse levantamento, citamos Campbell e Ebuehi, que conduziram um estudo com 179 profissionais atuantes na atenção básica nigeriana. Nesse estudo não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no grau de satisfação com trabalho quando comparado o grupo não transferido (voluntário), com o submetido à transferência compulsória¹².

Ainda em concordância com o presente estudo, esses três profissionais entrevistados afirmaram se orgulhar do trabalho que fazem, e se sentem bem ao realizá-lo. Observa-se, portanto, que o motivo que fez o profissional de saúde ingressar na ESF, se considerado de forma isolada, não permite predizer o grau de satisfação que este terá na realização de seu trabalho, pois compartilhamos da ideia de Tavares (2008):

*“A satisfação no trabalho apresenta-se dinâmica. Como qualquer outro tipo de atitude, a satisfação profissional é, geralmente, formada durante um determinado período de tempo, na medida em que os indivíduos vão obtendo informações sobre o ambiente de trabalho”*¹³.

Nas entrevistas analisadas, percebe-se que foi justamente o conhecimento da dinâmica do trabalho que motivou a permanência de alguns dos profissionais na ESF. Uma das entrevistadas chega a afirmar que sua intenção, quanto adentrou a ESF, era de permanecer pouco tempo, porém as atividades despertaram nela um interesse tal que resolveu se dedicar inteiramente à saúde pública.

MOTIVOS DE PERMANÊNCIA

Obter informações sobre o ambiente de trabalho é perceber os fatores estimulantes e os desestimulantes à continuidade do profissional em sua área de atuação. A satisfação desse profissional seria então avaliada como o resultado de um balanço entre esses fatores. Em um prato da balança, os fatores estimulantes, em outro, os desestimulantes. Feita essa abordagem,

a satisfação não pode ser entendida de forma dicotomizada, necessitando que se fale em graus de satisfação.

Dentro dessa lógica, sugerimos que, para os profissionais que optam por permanecer trabalhando na ESF, aí se fixando, maior peso é dado para os fatores estimulantes. Já quando o peso maior recai sobre os fatores desestimulantes, tem-se evidência de alta rotatividade profissional. Assim considerando, a permanência do profissional em seu atual emprego poderia ser considerada como uma medida indireta da satisfação com o trabalho¹².

Essa comparação com a balança é interessante, pois não afirmamos que o profissional que decide por permanecer trabalhando na ESF se julga completamente satisfeito com seu trabalho, simplesmente inferimos que, para ele, os fatores estimulantes se sobressaem aos desestimulantes.

Fatores Estimulantes

Em grande parte dos estudos publicados sobre o tema abordado, fala-se muito da alta rotatividade dos profissionais da ESF, dos motivos que os levam a deixar esse posto de atuação, mas poucos relatam os motivos que levam esses profissionais a permanecerem atuando nessa área.

O principal fator estimulante, apontado pela maioria dos entrevistados, foi a sensação de utilidade e a possibilidade de serem agentes de transformação positiva para os indivíduos assistidos - “poder fazer a diferença”. O termo “ajudar” foi citado por sete dos profissionais entrevistados.

Em quatro das entrevistas registramos o termo “carente” caracterizando a população por eles atendida. Uma das entrevistadas explica o termo dizendo:

“São pessoas extremamente carentes. Não só economicamente, mas carentes de afeto, de atenção, de assistência à saúde.” E. Equipe 3

Essa percepção aproxima-nos dos resultados de outro estudo, que considera a opção por um trabalho de dimensões sociais como motivador para o profissional ingressar na ESF.⁵

O reconhecimento advindo de sua valorização pela comunidade foi tido pelos profissionais como um fator estimulante, assim como no estudo de Barbosa (2008), que traz o vínculo com a comunidade como um dos fatores que mais facilitam a construção do trabalho, sendo ele o *feedback* que os profissionais necessitam para crer que estão no caminho certo no sentido do planejamento e execução do serviço¹⁴:

“Quando a criança traz uma fruta pra você (...) Então você vê que isso é uma resposta, eles estão te falando um obrigado. Não diretamente, mas eles estão te agradecendo ‘Olha, obrigado por você estar tentando fazer a sua parte’. Isso é gratificante.” E. Equipe 3

Em relação ao trabalho em equipe pôde-se perceber que os entrevistados, de um modo geral, relatam que a relação de trabalho entre os profissionais que compõe a equipe é muito boa, atuam num âmbito interdisciplinar, de forma dialogada e numa relação horizontal, havendo valorização recíproca entre eles. Alguns disseram, inclusive, que consideram os membros da equipe como uma família, sendo esse, portanto, outro fator estimulante.

“É uma relação muito boa (entre os membros da equipe). É como se fosse uma família. A família do Programa Saúde da Família.” E. Equipe 4

Notamos que o “reconhecimento da importância da atenção básica”, mesmo tendo sido apontado por poucos como motivo de ingresso, foi relatado por muitos como motivador para

a permanência. Isso confirma que a percepção do trabalhador sobre a função que executa é algo dinâmico, em constante construção¹⁴.

Assim, percebemos que a valorização do trabalho por parte do profissional foi fruto de suas vivências práticas, à medida que se aperceberam do poder terapêutico da escuta qualificada, de uma conversa acolhedora, das modificações produzidas a partir de simples orientação verbal, da capacidade de resolverem – com o emprego de tecnologias leves e leveduras – as principais demandas da comunidade. Merhy (1997) define como tecnologia leve o acolhimento, a habilidade para escutar e se sensibilizar com o outro, e como tecnologia levedura, o conhecimento técnico de cada profissional, somado ao modo singular como cada um aplica seu conhecimento para produzir o cuidado¹⁵.

Tudo isso contribui para o sentimento de realização profissional, expresso no orgulho diante do trabalho que executa e na sensação de “estar no caminho certo”. Todos os profissionais, quando questionados, afirmaram orgulharem-se e gostarem do trabalho que desenvolvem. Machado (2000) encontrou resultados semelhantes, ao afirmar que a quase totalidade dos profissionais têm visão positiva de seu trabalho, sendo que 98% dos profissionais consideram estar contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população atuando na ESF¹⁶. É possível sugerir, como propõe Barbosa (2008), que se sentem satisfeitos em colaborar com o avanço da ESF, e portanto com a reorientação da política de saúde no país¹⁴.

Fatores Desestimulantes

Para a reorganização do sistema, cabe ao nível estadual ou distrital garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território¹⁷.

O que os entrevistados apontam, porém, é que a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) apresenta um “discurso muito belo”, em eventos ressaltam a importância do trabalho e “põem os profissionais lá em cima”, mas em verdade não valoriza, nem a ESF e nem os profissionais que lá trabalham, pois não se voltam para atender as necessidades que esse sistema demanda, e não há reconhecimento do trabalho do servidor.

No site da SES-DF, ao falar da ESF, evidencia-se uma exaltação da Atenção Primária em Saúde (APS), e encontra-se disponível a descrição do Plano de Reorganização da APS, projeto que tinha por objetivo promover uma expansão ordenada e gradual das Equipes de Saúde da Família e qualificar a assistência no âmbito desse nível do sistema. Elaborado pela Subsecretaria Atenção Primária à Saúde e Estratégia em Saúde da Família (SAPS) para ser executado no período de 2007 a 2014, no Distrito Federal, apresentava como metas alcançar uma cobertura populacional de 27,5% até dezembro de 2009, e de 50% até o final de 2010¹¹.

Comparando com os dados reais, vemos que, em 2009, o total de equipes de Saúde da Família implantadas era capaz de oferecer cobertura a 12,41% da população, e em 2010, a apenas 15,87%. Com essa comparação evidencia-se a lentidão no processo de expansão da ESF no DF e a distância em relação às metas propostas, sugerindo um descaso da gestão local em relação à APS⁶.

Alguns entrevistados apontam como uma possível causa da gestão deficiente a falta de gestores que tenham “visão do PSF”, ou seja, que detenham conhecimento sobre esse modelo de atenção, que saibam estruturar o programa e que se interessem por ele. Relatam ainda que

há indivíduos que assumem cargos administrativos por motivações políticas, sem terem a capacidade de gerenciar, ocupando apenas um cargo comissionado.

Um dos pontos que denotam conhecimento e compreensão da estrutura da ESF é o partilhar a ideia da integralidade do cuidado, e da necessidade de disponibilizar um tempo maior para o atendimento individual e em grupos. Articular, pois, a demanda espontânea com a oferta programada é condição para a garantia de atenção integral e para a ESF se constituir, efetivamente, na porta de entrada do Sistema de Saúde⁵.

Silva (2010) descreve que a escuta proporcionada pelo maior tempo de consulta permite que se estabeleça uma relação de respeito e confiança, rompe com o modelo queixa-conduta e facilita a percepção de outras necessidades que não aquelas diretamente ligadas à doença¹⁸.

O maior tempo disponibilizado para a consulta facilita a formação de vínculos, que é um dos objetivos da ESF, pois, dificilmente, sem a constituição de vínculos sólidos e permanentes, de confiança e de co-responsabilidade, entre as equipes da ESF e famílias, poderá o modelo assistencial ser modificado na direção desejada⁵.

A demanda, porém, é considerada por onze dos entrevistados como excessiva, esmagadora, o que compromete a qualidade do atendimento prestado. A baixa cobertura da ESF reflete a existência de expressivo número de pessoas que são atendidas, mas não pertencem àquela área de abrangência, sendo comum, inclusive, o atendimento a pessoas de outros Estados.

“A gente atende, mas é impossível dar a qualidade do atendimento atendendo a quantidade de pessoas que a gente atende.” E. Equipe 1

Os profissionais sentem-se sobrecarregados e insatisfeitos com a cobrança de metas de atendimento, pois baseia-se apenas em uma avaliação quantitativa, somente em procedimentos, sem valorização da qualidade da assistência e da eficácia do atendimento em proporcionar o bem estar integral dos usuários. Ideia concordante com a afirmação de Mattos (2001), ao citar que a cobrança de produtividade para consultas médicas e visitas domiciliares, por exemplo, pode impedir um atendimento norteado pelos princípios da integralidade¹⁹.

“A gente tem que gerar números, independente se vai conseguir fazer a melhoria desse cliente” E. Equipe 1

Os profissionais reconhecem que essa sobrecarga compromete as ações destinadas à prevenção de doenças e promoção de saúde, destoando daquilo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que reconhece a importância dessas práticas na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos²⁰.

Essa dificuldade relaciona-se à visão hospitalocêntrica, ainda muito arraigada nos gestores e na população em geral. Notamos nos discursos que os gestores têm se importado mais em estimular o atendimento curativo em detrimento das outras ações em saúde⁸. O que talvez denote a tentativa de oferecer satisfação à comunidade a curto prazo, pois também ela, mergulhada neste pensamento, busca atendimento em consultas individuais, como podemos observar no descrição de entrevistada da Equipe 3:

“Para as pessoas entenderem que as ações educativas, elas surtem um efeito bom, culturalmente as pessoas não entendem isso. O que as pessoas querem é resolver logo (...) elas querem o atendimento curativo.”

Nota-se que apesar das evidências demonstrarem a eficácia das ações de prevenção e promoção de saúde, elas ainda não são valorizadas pela gestão, e nem pela população. Essa resistência por parte da população foi apontada por Campos (2002) como um fator dificultador à expansão da ESF⁸.

Uma das entrevistadas aponta a não aceitação pela comunidade como resultante de outro fator, que seria a falta de atenção quanto à singularidade dessa população atendida, comprometendo a priorização de suas verdadeiras necessidades. Ao exemplificar o descontentamento da população com a constante abordagem da temática da tuberculose, quando na realidade a prevalência e a incidência de novos casos não são significativas no local, segue afirmando:

“Bom, muitas coisas que a Secretaria propõe não são adequadas a nossa realidade. E aí a gente não se sente bem desenvolvendo aquela rotina porque a gente sabe que não vai trazer nenhum benefício pra comunidade.” E. Equipe 3

A Política de Atenção Básica (2011) define que a programação e implementação das atividades de atenção à saúde devem ser feitas de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência²¹.

Embora a SES-DF, enquanto gestora, tenha sido o principal alvo de críticas por parte dos entrevistados, há relato de desconhecimento das propostas da ESF também por parte de outros profissionais de saúde, que atuam nos demais níveis de atenção, ao ignorarem sua existência e funcionamento.

“Dentro do Hospital a gente tem dificuldade de conseguir material. Eles perguntam “É pra onde?”, “É pro PSF”, “Isso ainda existe?”. A gente escuta coisas desse tipo dentro do Hospital.” E. Equipe 3

Em geral, os entrevistados apontam que a ESF é “bem esquecida” (E.Eq.1), como se não fosse vista como parte do contexto da SES, e, pela existência de discriminação, é tida como um “corpo estranho” dentro da rede de saúde, (E.Eq.1) como “algo que poderia ser deixado de lado” (E. Eq. 3), “sem muita importância” (E. Eq.2).

Esses fatores constituem também um entrave à continuidade do cuidado, ao processo de referência e contra-referência, comprometendo a resolutividade da atenção. Um entrevistado da Equipe 1, ao falar da dificuldade no encaminhamento de pacientes para serviços de maior complexidade afirma:

“É como se a gente não existisse. O hospital não enxerga a gente”

O documento do Ministério da Saúde (2005), ao discorrer sobre a integração da ESF aos demais níveis de atenção, já apontava a dificuldade de agendamento para serviços de média complexidade, ao trazer o dado que mais de 40% dos médicos brasileiros informaram que nunca ou poucas vezes conseguiam agendar esses serviços, e quando conseguiam o tempo de espera era superior a 30 dias⁵.

Outro fator apontado pelos entrevistados a fim de ilustrar a desvalorização da ESF pelos gestores da SES-DF é a precariedade de recursos ofertados para seu pleno funcionamento. Relatam falta de papel, de água, de medicamentos, de transporte para a realização de visitas domiciliares, de recursos para a realização de atividades extramuros.

“Tem vezes que a gente quer fazer uma festinha, um passeio com o grupo de hipertensos (...) você não pode contar com o pessoal da Secretaria de Saúde. Em relação a isso não. Então sai tudo do seu bolso. Aqui mesmo entre a gente a gente faz vaquinha. Porque é tão difícil que até água não tem”. E. Equipe 3

Lastimam ainda a estrutura física que abriga a equipe, denunciando a existência de rachaduras nas paredes e goteiras nos tetos. O espaço físico das Unidades Saúde da Família, com frequência, não atende ao conjunto de atribuições das Equipes ESF nem permite o

atendimento, de forma confortável e adequado tecnologicamente, para usuários e profissionais⁵.

Todos esses fatores listados contribuem para a percepção subjetiva da rotina de trabalho como pesada, cansativa e desgastante. Há evidência do sentimento de insatisfação dos profissionais de saúde, que afirmam ficarem desanimados, angustiados e frustrados. A fala de entrevistada da Equipe 1 resume bem essa questão:

“Você quer fazer, sabe como fazer, você tem uma equipe engajada, muita força de vontade para fazer as coisas, competência e não consegue deslanchar porque a máquina tá emperrada demais e isso gera uma angústia e uma frustração terrível.”

CONCLUSÃO

O profissional de saúde que ingressa na ESF nem sempre é conhecedor desse modelo de assistência, e portanto uma minoria adentra a Equipe por se identificarem com as propostas da ESF. Incentivos financeiros e conquista de um emprego são os maiores motivadores à adesão desses profissionais.

Os fatores que determinam a satisfação do trabalhador, e contribuem, portanto com a sua permanência na ESF são mais amplos, pois resultam muitas vezes da interação destes com a dinâmica de trabalho. São fatores estimulantes a sensação de utilidade, a possibilidade de transformarem positivamente a vida do indivíduo e da coletividade, a valorização pela comunidade, o bom relacionamento entre a equipe e a percepção da importância da Atenção Básica. Em geral sentem-se satisfeitos por contribuírem com a expansão desse modelo de assistência.

Já os fatores que desestimulam os profissionais a permanecerem atuando na ESF, e que podem se relacionar à alta rotatividade desses trabalhadores são inúmeros, mas resultantes basicamente da falta de valorização e apoio por parte dos outros níveis de atenção e principalmente, por parte dos gestores da Secretaria de Saúde Distrital, pois consideramos valorização não a que está expressa nos discursos, mas aquela que se faz visível no movimento em prol da expansão da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
2. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 225-264, 2005.
3. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Minas Gerais, 2007.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Manual Operacional da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF. Revisão 1. Volume 1. Brasília, 2010-2013.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Acesso em: março de 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
7. Gottens LBD. Análise da política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal: A articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009). [tese]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília: 2010. 285f.
8. Campos FE, et. al. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis* vol.12 n.1 Rio de Janeiro, Jan./June 2002.
9. Cotta RMM, et. al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família: Relatório Final. Belo Horizonte, 2010.
11. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Programas: Saúde da Família. Brasília, 2012. Acesso em:

março de 2012. Disponível em:
http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6802

12. Ebuehi OM, Campbell PC. Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. *Rural and Remote Health* 11: 1515. (Online), 2011.
13. Tavares OMC. Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de imagiologia dos hospitais da Universidade de Coimbra: aplicação do instrumento de avaliação de satisfação profissional [Dissertação]. Coimbra: Faculdade de Economia/Universidade de Coimbra; 2008. 174p.
14. Barbosa, SP. Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga - MG: motivações e adversidades [dissertação]. Universidade Estácio de Sá. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2008.
15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, EE, Onocko, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
16. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Acesso em: março de 2012. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/apresentacao.html
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
18. Silva ACMA, et al. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 19, n. 1, Mar. 2010.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos, RA, Pinheiro R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Política Nacional de Atenção Primária. Portaria MS/GM no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.60 p.