



PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CAPITAL POTIGUAR

PROFILE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS IN NATAL-RN PERFIL DE LOS PROFESIONALES DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA CAPITAL POTIGUAR

Cynthia de Freitas Melo¹, João Carlos Alchieri², João Lins de Araújo Neto³, Fabrício Augusto de Freitas Melo⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar o perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Natal (RN). **Método:** estudo descritivo e exploratório, de cunho quantitativo, o qual contou com uma amostra probabilística de 475 profissionais que responderam um questionário estruturado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo n° 0298, em 09/07/2008. **Resultados:** os profissionais com 44,4±8,33 anos, apesar de atuarem há 16,69±8,00 anos na rede pública, possuem curta permanência na locação atual (7,38±2,83 anos), evidenciando alta rotatividade; 14,9% (f=71) possuem trabalhos paralelos, apesar do regime de dedicação exclusiva; e uma demanda de atendimento (3.108,31 famílias/equipe) superior às diretrizes. **Conclusão:** apesar de seguir um modelo ideal, a ESF possui entraves no seu perfil de seus profissionais, que dificultam a operacionalização dos seus serviços. **Descritores:** Saúde Pública; Avaliação de Programas; Estratégia Saúde da Família; Perfil Profissional.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the profile of the Family Health Strategy (FHS) professionals in Natal (RN). **Methods:** descriptive study, of quantitative nature, which had a probability sample of 475 professionals who answered a structured questionnaire. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol No. 0298, on 09/07/2008. **Results:** although professionals with 44.4 ± 8.33 years old have been acting for 16.69 ± 8.00 years in the public network, they have short stay in the current workplace (7.38 ± 2.83 years), which evidences high turnover; 14.9% (f = 71) have parallel work, despite the exclusive dedication work type; and have a demand of attendances (3108.31 families/staff) exceeding what is recommended. **Conclusion:** despite following an ideal model, the FHS has barriers in the profile of its professionals, which hinders the operation of the service. **Descriptors:** Public Health; Program Evaluation; Family Health Strategy; Professional Profile.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el perfil de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en Natal (RN). **Método:** estudio descriptivo y exploratorio, de cuño cuantitativo, el cual contó con una muestra probabilística de 475 profesionales que respondieron un cuestionario estructurado. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, protocolo n° 0298, en 09/07/2008. **Resultados:** los profesionales con 44,4±8,33 años, a pesar de actuar hace 16,69±8,00 años en la red pública, poseen corta permanencia en la locación actual (7,38±2,83 años), mostrando alta rotatividad; 14,9% (f=71) poseen trabajos paralelos, a pesar del regimen de dedicación exclusiva; y una demanda de atención (3.108,31 familias/equipo) superior a las directrices. **Conclusión** a pesar de seguir un modelo ideal, la ESF posee trabas en el perfil de sus profesionales, que dificultan la operación de sus servicios. **Descriptores:** Salud Pública; Evaluación de Programas; Estrategia Salud de la Familia; Perfil Profesional.

¹Psicóloga, Professora Doutora em Psicologia, Universidade de Fortaleza/Unifor. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: cf.melo@yahoo.com.br;

²Psicólogo, Professor Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: jcalchieri@gmail.com;

³Médico, Especialista em Clínica Médica, Residente de Cardiologia da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: joaolinsneto@yahoo.com.br;

⁴Administrador, Professor Mestre em Administração, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: fabricaougustofm@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A seleção de profissionais com perfil adequado para a atuação em Saúde da Família é um dos fatores determinantes para o seu funcionamento adequado, possibilitando seu êxito ou fracasso. Torna-se necessário, portanto, que os pesquisadores nas áreas de Psicologia social e do trabalho, de saúde e administradores se interessem mais por esse tipo de estudo, uma vez que, apesar de sua relevância, ainda são escassos os estudos avaliativos na área sobre o perfil dos profissionais que atuam na ESF.

Legitimado na constituição de 1988,¹ o Sistema Único de Saúde (SUS) traduz-se no “conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público”.² Pode contar ainda com as instituições privadas, que devem participar complementando os serviços de saúde insuficientes ou inexistentes.³ Devido à amplitude do SUS, suas ações e serviços de saúde funcionam de forma integrada, numa rede regionalizada e hierarquizada, em um sistema único e organizado por princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular).^{2; 4-5}

Dentro desse sistema, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é vista como a porta principal da Atenção Básica, atuando através de uma equipe multidisciplinar mínima, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem (AE), dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS's), que atuam com jornada de trabalho de 40 horas, tendo como foco a promoção, prevenção e recuperação da saúde.⁶⁻⁷ Em suas diretrizes teóricas, a gestão da saúde está distribuída nos municípios por divisão territorial dos Distritos Sanitários (DS). No caso, a cidade de Natal possui cinco: DS.Sul, DS.Oeste, DS.Leste, DS.Norte I e DS. Norte II, que devem trabalhar com um território de abrangência definido, responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área: 600 a 1.000 famílias, não devendo ultrapassar o máximo de 4.500 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.^{1;7-8}

Um modelo que, se não perfeito, ideal, inspirado nos exemplos de assistência às famílias já existentes em Cuba, Canadá,

Suécia, Inglaterra, mas que na prática tem sido alvo constante de críticas pelos seus usuários, mídia e comunidade acadêmica, pois sua realidade na prática da atenção à saúde no Brasil é muito adversa ao modelo teórico idealizado de acesso universal, integral, hierarquizado e em equidade.³

Neste cenário, a avaliação de programas sociais e estratégias governamentais surge como ferramenta fundamental para auxiliar, através de *feedback*, nas decisões dos gestores no tocante à implementação, ao processo e aos resultados alcançados pelos seus serviços.⁹⁻¹⁰ Assim, ela contribui para a busca da melhoria dos serviços, contribui para conscientizar a população como cidadãos de direito na exigência de resultados efetivos dos serviços públicos, mitigando a crença brasileira de que serviços públicos são para pobres e, portanto, de baixa qualidade.¹¹⁻² Contempla-se, entretanto, que a maioria desses estudos ainda tem como foco principal a queixa de seus usuários, não sendo dedicada a devida atenção à avaliação sobre o perfil de seus profissionais e gestores.¹²⁻³

Diante do exposto, o presente estudo resgatou a importância de se conhecer os profissionais que atuam nos serviços públicos, através de uma perspectiva multidisciplinar de médicos, psicólogos e administradores, unindo conhecimentos sobre o funcionamento da ESF e suas diretrizes, análise do comportamento e trabalho em saúde pública e seleção e gestão de profissionais em saúde.

O presente artigo objetiva avaliar o perfil dos profissionais que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Natal, Rio Grande do Norte/RN, com o intuito de realizar um levantamento de caracterização desses profissionais, analisando se esse é um dos entraves da operacionalização dos serviços. Para tanto, buscou:

- Identificar um perfil biodemográfico dos profissionais da ESF (sexo, estado civil, pertença de filhos e idade) dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família;
- Definir um perfil de experiência no Sistema Único de Saúde do profissional (verificando o tempo de atuação na profissão, tempo de atuação na rede pública de saúde e tempo de vínculo à atual ESF em que está locado), a fim de verificar a sua rotatividade;
- Realizar a caracterização do vínculo e demanda de trabalho dos profissionais da ESF (vínculo empregatício; carga horária de trabalho; número de atendimentos diários; existência de outros trabalhos paralelos).

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de cunho quantitativo, o qual contou com uma amostragem probabilística composta por profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF (médico, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário - ACD's e agentes comunitários de saúde - ACS's) de Natal, selecionados através do *software* randomizer a partir da listagem dos profissionais fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Contempla-se que existem, na cidade de Natal, 1187 profissionais ativos, distribuídos em 116 equipes, nas 37 USF's dos cinco Distritos Sanitários. Para uma população desse porte, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, fez-se necessário uma amostra mínima de 291 participantes.¹⁴ Respeitando a diversidade da cidade e a heterogeneidade da quantidade de profissionais, distribuiu-se a amostra de forma estratificada por categoria profissional e por Distrito Sanitário. Após essa distribuição, teve-se ainda a cautela de manter um número mínimo de 30 sujeitos por categoria profissional, valor mínimo por quota aconselhável para comparações estatísticas. Desta forma, a distribuição amostral aumentou para 475 profissionais, distribuídos em 25 unidades.

Dá-se destaque ainda que, nessa amostragem probabilística, houve cortes de participantes devido a três motivos: 1) recusa do sorteado em participar da pesquisa; 2) o sorteado não trabalhar mais na USF ou os dados da Secretaria Municipal de Saúde estarem desatualizados; 3) ausência do profissional sorteado (férias ou atestado). Desta forma, entre os ACS's, a substituição foi feita pelo profissional constado acima dele, na lista do nome de todos os profissionais da cidade ou, em segunda opção, pelo nome abaixo. Já para as outras categorias de trabalhadores, que possuem apenas um profissional na equipe, quando os sorteados estavam indisponíveis, foi realizado um novo sorteio.

Como instrumento para coletar os dados dessa pesquisa foi utilizado um questionário de caracterização do perfil, contendo três focos de questões: 1) caracterização biodemográfica dos profissionais; 2) a descrição da experiência no SUS; e 3) a caracterização do vínculo e demanda de trabalho dos profissionais da ESF.

Considerando-se os aspectos éticos referentes às pesquisas envolvendo seres

humanos, inicialmente o estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Comissão de Ética do CEP/HUOL - RN, sob o protocolo de nº 0298, em 09/07/2008. Após sorteada a amostra, foram, então, realizadas visitas às Unidades de Saúde da Família, onde os participantes foram informados previamente dos objetivos e procedimentos do estudo, sendo solicitado, ainda, que eles assinassem um Termo de Consentimento Informado. E o instrumento foi aplicado de forma individual, com garantia do anonimato da sua colaboração e da confidencialidade de suas respostas.

Para a análise dos dados aferidos, foram realizados em dois processos: 1) foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) nos dados de caracterização dos gestores para fornecer informações biodemográficas, descrição do seu perfil educacional e técnico-profissional; e 2) foi utilizado Shapiro-Wilk e kruskal-Wallis, respectivamente, para testar a normalidade dos dados e realizar comparações dos resultados por categorias profissionais (médico x enfermeira x auxiliar de enfermagem...).

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo a ordem dos objetivos. Inicialmente, será realizada a descrição do perfil biodemográfico dos profissionais, utilizando-se as variáveis sexo, idade, estado civil, pertença de filhos (possui ou não filhos), escolaridade (nível médio, técnico ou superior). Em seguida, será apresentada a experiência dos profissionais na rede pública: tempo de atuação na profissão, tempo de atuação na rede pública, tempo de atuação da Unidade de Saúde da Família (USF) em que trabalha atualmente. Por fim, será realizada a caracterização do vínculo e demanda de trabalho dos profissionais: carga horária semanal de trabalho, existência de trabalhos paralelos (se possui ou não outro trabalho), vínculo empregatício (concursado ou serviço prestado), remuneração, número de atendimentos diários e número de famílias/usuários sob a responsabilidade de cada Equipe de Saúde da Família (EqSF).

◆ Perfil Biodemográfico dos Profissionais da ESF

Analisando apenas as respostas válidas (sem *missingis*) com os testes Shapiro-Wilk e Kruskal-Wallis, verificou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino (87,4%), casados (64,3%) e com filhos (80,5%) (ver Tabela 1). A idade média deles é de 44,4±8,33 anos, com dados não normais (0,99; p=0,00), que se distinguem entre as diferentes

categorias profissionais (150,63; $p<0,05$). Desta forma, verificou-se que os profissionais médicos são a categoria com maior desvio padrão na idade ($45,13\pm10,58$), com amplitude dos 27 e 62 anos, e os ACS's são os que possuem menor média de idade ($39,89\pm7,03$), como pode-se observar na Tabela 2.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família segundo sexo, estado civil e pertença de filhos (N= 475).

Variáveis	Níveis	F	Percentual (%)
Sexo	Feminino	410	87,4
	Masculino	59	12,6
	TOTAL	469	100
Estado civil	Solteiro	113	23,8
	Casado	295	62,1
	Separado	51	10,7
	TOTAL	459	100
Pertença de filhos	Sim	376	80,5
	Não	91	19,5
	TOTAL	467	100

Tabela 2. Caracterização dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família por idade (N= 475).

Variáveis	Média e DP	Mediana	Moda	Mínimo/Máximo
Médico	45,13 ± 10,58	45,50	50,00	27/62
Enfermeira	47,24 ± 3,27	47,00	47,00	40/57
Auxiliar de enfermagem	50,60 ± 7,16	50,50	57,00	32/64
Dentista	48,83 ± 7,39	48,40	44,41	30/66
ACD	48,81 ± 6,08	49,00	49,00	31/63
ACS	39,89 ± 7,03	39,00	39,00	28/61

◆ Perfil de Experiência no Sistema Único de Saúde do Profissional

Quanto à experiência no cargo, a média do tempo de atuação na profissão é de $16,91\pm8,29$ anos. Tempo semelhante ao qual atuam na rede pública ($16,69 \pm 8,00$). Observando-se ainda que o tempo médio de permanência na atual USF em que trabalham é de $7,38\pm2,83$ anos. Evidenciando-se, ainda, que os ACS's se destacam entre as categorias profissionais por serem os que possuem menor tempo de atuação na profissão, ($16,91\pm8,29$), com dados normais aprovados pelo Shapiro-Wilk ($0,96$; $p=0,00$) e com diferença

estatisticamente significativa apresentada pelo Kruskal-Wallis ($311,82$; $p<0,05$), e menor tempo na rede pública ($10,57\pm3,59$), com dados normais ($0,96$; $p=0,00$) e com diferença significativa ($311,05$; $p<0,05$). Já em relação ao tempo de permanência nas USF's, os ACS's ($8,05\pm2,73$) e as enfermeiras ($7,96\pm2,98$) foram as categorias com maior tempo de permanência, e os dentistas ($5,76\pm2,16$) e os ACD's ($5,66\pm2,04$) destacaram-se pelo menor tempo de permanência, com dados normais ($0,94$; $p=0,00$), e diferença estatisticamente significativa observada pelo Kruskal-Wallis ($53,80$; $p<0,05$) (ver Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família por tempo de atuação na profissão, na rede pública e na USF (N=475)

Categoria Profissional	Tempo de profissão	Média e DP	
		Tempo de rede pública	Tempo de USF
Médico	18,40 ± 10,30	16,73 ± 9,99	6,60 ± 3,58
Enfermeira	22,35 ± 3,56	21,15 ± 4,09	7,96 ± 2,98
Auxiliar de enfermagem	24,49 ± 5,69	23,27 ± 5,82	7,08 ± 2,64
Dentista	27,38 ± 6,08	23,75 ± 5,61	5,76 ± 2,16
ACD	19,11 ± 5,67	25,68 ± 5,01	5,66 ± 2,04
ACS	16,91 ± 8,29	10,69 ± 8,00	8,05 ± 2,73

◆ Caracterização do Vínculo e Demanda de Trabalho dos Profissionais da ESF

No que se refere às características de contrato dos profissionais, verificou-se que a maioria (96,2%) afirmou ter carga horária de 40hs, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS). Apenas 0,4% ($f=02$) afirmaram trabalhar 20hs e 0,4% ($f=02$) declararam 8hs.

Destacando-se, entretanto, que 2,9% ($f=14$) não responderam esta indagação. Ressalta-se, entretanto, que estas respostas possuem validade questionável, provavelmente devido à desejabilidade social, em afirmar fazer o que é prescrito como sua obrigação pelo MS. Fato esse observado através da dificuldade em encontrar alguns profissionais nas USF's, onde é de conhecimento de todos que eles não

trabalham todos os dias. Através dos dados, observou-se ainda que 88,4% ($f=420$) dos profissionais são concursados e 4% ($f=19$) são contratados, e 7,6% ($f=36$) não responderam, não havendo diferença significativa nas respostas entre as categorias [$\chi^2(N=439; 2) 5,68; p>0.05$], ver Tabela 4.

Tabela 4. Caracterização dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família por carga horária e tipo de vínculo empregatício (N= 475)

Variáveis		Médico	Enfermeira	n Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Carga horária	40hs	29	41	87	39	36	225
	20hs	0	0	0	0	0	2
	8hs	1	0	0	0	1	0
Vínculo empregatício	Concursado	28	41	79	36	37	199
	Serviço prestado	1	0	3	3	0	12

Quanto à demanda de atendimentos, observou-se que os profissionais afirmam que, em média, cada Equipe de Saúde da Família é responsável por 3108,31 famílias ($\pm 2239,36$), equivalente à 11044,32 pessoas ($\pm 5314,78$).

Com relação ao número de atendimentos por dia, verificou-se que a média de atendimentos entre os profissionais é 56,05 ($\pm 103,98$), sendo dados normais aprovados pelo Shapiro-Wilk (0,55; $p=0,00$), e com diferença estatisticamente significativa apresentada pelo Kruskal-Wallis, (72,51; $p<0,05$). Destaca que os ACS's são os que afirmam atender mais pessoas por dia ($M=75,68\pm 135,28$). E as menores média de atendimentos são dos dentistas ($13,73\pm 6,54$) e ACD's ($11,72\pm 6,08$).

Os dados mostram ainda que 14,9% ($f=71$) dos profissionais possuem outro trabalho, enquanto 82,7% ($f=393$) afirmaram não possuir outro trabalho, e 2,3% ($f=11$) não responderam. Observando-se uma diferença significativa entre as categorias profissionais, [$\chi^2(N=464; 1) 89,67; p<0.05$], cujos os médicos são os profissionais que mais afirmaram possuir trabalho paralelo ($f=21$; 70%).

No que se refere à remuneração mensal dos profissionais, a média salarial é R\$1857,48 $\pm$ 1568,94, havendo diferença estatisticamente significativa entre os profissionais de nível superior (R\$ 4.215,57 $\pm$ 1.686,28), técnico (R\$ 1.616,18 $\pm$ 379,16) e médio (R\$966,46 $\pm$ 266,60), com dados normais (0,70; $p=0,00$), com diferença estatisticamente significativa (193,99; $p<0,05$). Valores estes que variam entre 500,00 e 10.000,00 reais, cujos os médicos possuem maior renda mensal e os ACS's possuem menor renda.

DISCUSSÃO

O propósito primordial do Sistema Único de Saúde é possibilitar o acesso universal da saúde no Brasil, com serviços de qualidade prestados por profissionais capacitados.⁷ A qualificação dos representantes da saúde,

daqueles que estão envolvidos nos processos de direção e dos profissionais que estão dentro das Unidades de Saúde da Família, na operacionalização das ações, provavelmente, é um fator que interfere eficiência, eficácia e efetividade do Sistema Único de Saúde. Partindo desse pressuposto, este estudo teve como objetivo principal avaliar o perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família em Natal, RN. Pois, um modelo de sistema com enfoque em princípios tão audaciosos, de universalidade, equidade, integralidade, como é o caso do Sistema Único de Saúde,⁷ requer uma formação e mudança do perfil dos seus profissionais.

Os dados encontrados no presente estudo mostram no perfil biodemográfico que a idade média desses profissionais é 44,4 $\pm$ 8,33 anos, no qual os ACS's são os mais jovens (39,89 $\pm$ 7.03), talvez pelo fato de, em sua maioria, serem pessoas da própria comunidade que ainda estão estudando, como mostra a literatura;³ e os médicos são os profissionais que possuem maior desvio padrão, podendo inferir a confirmação da literatura de que essa categoria é predominantemente composta por médicos recém-formados, que estão na ESF antes de entrarem na residência médica, e profissionais em fim de carreira, que buscam a ESF para complementação da aposentadoria.^{3;15} Alertando que estes são fatores alarmantes, pois a visualização da oportunidade de trabalho em ESF como um mero cargo de passagem, em início ou fim de carreira, contribui para o aumento da rotatividade dos profissionais, sendo este o primeiro entrave, que prejudica toda a estrutura de funcionamento da estratégia.

Ao analisar o perfil de experiência no SUS, corrobora essa preocupação. Verificou-se que, os profissionais possuem 16,91 $\pm$ 8,29 anos de atuação na profissão e 16,69 $\pm$ 8,00 anos na rede pública, podendo-se inferir que a maioria dos profissionais, assim que concluíram seus estudos e se formaram, imediatamente

começaram a trabalhar na rede pública. Pode-se perceber, entretanto, que o tempo de permanência na locação atual é bem mais recente, de apenas 7,38±2,83 anos. Evidenciando uma alta rotatividade dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, sendo está a maior dificuldade encontrada para a efetivação de seus princípios, pois, como mostra a literatura, este é o ponto de partida para um ciclo vicioso de erros: profissionais com pouco tempo de permanência e alta rotatividade, impossibilita a capacitação desses profissionais para a atuação em Saúde da Família, prejudicando ainda a criação de vínculo da equipe com a comunidade e, consequentemente, comprometendo a visão de integralidade do usuário como sujeito e de humanização do atendimento.

No que se refere aos dados sobre caracterização do vínculo de trabalho, observou-se que 96,2% dos entrevistados afirmaram trabalhar no regime de 40hs, o que se caracterizaria por 8hs diárias, de segunda-feira a sexta-feira, manhã e tarde. Dados estes perfeitamente questionáveis, atribuindo-se uma provável desejabilidade social, em afirmar fazer o que é prescrito,⁷⁻⁸ uma vez que muitos desses profissionais não se faziam presentes ao longo de boa parte da semana, havendo inclusive dificuldade de localizá-los nas unidades para realização das entrevistas. Realidade não exclusiva de Natal, como mostra a literatura.³

Contempla-se ainda que, apesar de ser outra variável sujeita à desejabilidade social, ao menos 14,9% (f=71) dos profissionais declaram abertamente possuir outro trabalho, frisando que os médicos se destacaram entre os profissionais com trabalho paralelo. Sendo este mais um fator que torna a carga horária questionável. Afinal, não é tão viável ter outras atividades cumprindo uma carga horária nas Unidades de Saúde da Família entre 8hs e 17hs, com pausa para o almoço. Destacando-se ainda que, mesmo que a execução de ambos fosse viável, isso não é aceito pela legislação, que os exige dedicação exclusiva.⁸

Quanto à demanda de trabalho dos profissionais da ESF, observou-se que cada Equipe de Saúde da família é responsável por 3.108,31 famílias (± 2239,36), equivalente a 11.044,32 pessoas (± 5314,78). Números que ultrapassam exageradamente ao prescrito por lei: 600 a 1.000 famílias, não devendo ultrapassar o máximo de 4.500 pessoas.⁶⁻⁸ Observando-se que este é o grande ovo da serpente encontrado nos serviços do SUS em geral,^{3;5;-12-4} pois a grande demanda

impossibilita a qualidade de atendimento, forçando os profissionais a realizarem um número de atendimento diário elevado (56,05 ±103,98), provavelmente rápidos e pouco humanizados.

CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde é um sistema inspirado em modelos internacionais, que segue princípios ideais e a Estratégia Saúde da Família segue como sua principal porta de entrada na Atenção Básica, mudando o modelo de atenção à saúde do curativo à promoção de saúde e prevenção de doenças. Essa, porém, foi implementada a partir do mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), dado acesso à saúde àqueles que antes ficavam às margens de qualquer tipo de serviço, gerando um contentamento com serviços de péssima qualidade, ditados pela lei do “é melhor do que nada”.

Ao longo dos anos, entretanto, cresce na sociedade civil uma nova postura de sujeitos contribuintes de impostos que pagam os serviços públicos. Sujeitos de direitos que exigem serviços de qualidade, que devem ser constantemente avaliados, na busca de verificação de resultados efetivos dos programas e ações do governo. A Estratégia Saúde da Família em Natal segue esse modelo ideal, mas, assim como no resto do país, possui entraves que distanciam suas diretrizes teóricas de sua realidade prática. O sistema urge por mudanças que se iniciam desde a remuneração dos profissionais, com planos de cargos e carreiras e valorização destes, para que a ESF deixe de ser um “plano passageiro” de profissionais rotativos, sem tempo sequer de serem capacitados. Evitando, inclusive, a ausência destes nas unidades, que fingem que cumprem a carga horária, e que a gestão finge que não vê a ausência, pela aceitação da certeza de que esses precisam ter atividades paralelas para completar os baixos salários. E mais, que se a carga horária fosse de fato exigida, não haveriam profissionais disponíveis. O que de fato já ocorre no defasado quadro de funcionários da rede de Natal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2. Brasil, Ministério da Saúde Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Secretaria-executiva, DF: Ed. MS; 2000.

3. Albuquerque FJB & Melo CF. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais

nordestinas do Brasil. Teoria e Pesquisa [periódico na internet]. 2010 Apr/June [cited 2011 Aug 15]; 26(2):323-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a14v26n2.pdf>

4. Negri B. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

5. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil. Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Textos de Apoio [Internet]. 2001 [cited 2011 Aug 15]. Available from: <http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Guia prático do Programa Saúde da Família. A Saúde Bucal faz parte da Saúde da Família? Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica DF: Ed. MS; 2006.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

9. Belloni L, Magalhães H & Sousa LC. Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas. V. 75. 3rd ed. São Paulo: Cortez; 2003.

10. Tanaka OU, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. Interface comum, saúde educ [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 10];7:113-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/09.pdf>

11. Albuquerque FJB. Social psychology and rural life in Brazil. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2001 Jan/Apr [cited 2011 Aug 15];18(1):37-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722002000100005&script=sci_arttext

12. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL. Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir das crenças de seus gestores. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2012 Sept 25];6(2):274-8. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2107>

13. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Psico-USF [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 5];17(1):323-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141382712012000100008&script=sci_arttext

14. Cozby PC. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo, SP: Atlas; 2003.

15. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL, Melo, FAF. Avaliação da Estratégia Saúde Da Família em Natal a partir das crenças dos seus colaboradores. Psico (PUCRS) [Internet]. 2013; 44: 533-41.

Submissão: 04/07/2014

Aceito: 12/07/2015

Publicado: 01/08/2015

Correspondência

Cynthia de Freitas Melo Lins
Av. Sargento Hermínio 1415, Ap. 1503-A,
Violeta
Bairro Monte Castelo
CEP 60320-105 – Fortaleza (CE), Brasil