

## Estratégia Saúde da Família na 19<sup>a</sup>. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde

Strategy Health of Family in 19<sup>a</sup>. Regional Coordinator of the Health of Rio Grande do Sul: Profile of the Professionals and Structure of the Basic Units of Health

Claudiane Mahl<sup>1</sup>, Elaine Tomasi<sup>2</sup>

**Resumo:** Para descrever o perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) e a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da 19<sup>a</sup> Coordenadoria Regional da Saúde, realizou-se um estudo transversal em seus 28 municípios, com uma amostra de 239 profissionais (88%) e 38 UBS (93%). Após consentimento, os trabalhadores responderam um instrumento auto-aplicado. Realizou-se análise descritiva estratificando-se por atividade profissional. Observou-se maior prevalência do sexo feminino nas ESF. Mais de 65% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem ensino médio completo. Quanto ao nível superior, destacaram-se os enfermeiros com maior especialização em saúde pública e áreas afins. Observou-se que os médicos apresentaram maior média salarial e quase 40% dos profissionais ingressaram por concurso público. Metade das UBS mostraram-se inadequadas ao acesso e deslocamento de portadores de necessidades especiais. A pesquisa mostrou obstáculos reais para um funcionamento mais qualificado das Equipes de Saúde da Família (ESF), de acordo com preconizado pelo SUS. Os trabalhadores de saúde são os responsáveis pela consolidação do PSF, portanto, são necessários maiores esforços no âmbito da gestão para a melhoria da estrutura das UBS e apoio a estes trabalhadores.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família, perfil dos profissionais, estrutura das UBS, estudo transversal.

**Abstract:** To describe the profile of the professionals of the Strategy Health of Family (SHF) and structure of the Basic Units of Health (BUH) of 19<sup>a</sup> Regional Coordinator of the Health, a transversal study in its was become full filled 28 cities, totalizing 239 professionals (88%) and 38 questionnaires of the structure (93%). After assent, the workers had answered an auto-applied instrument. Descriptive analysis was become full filled strativing itself for professional activity. Prevalence of the feminine sex in the SHF was observed. More than 65% of the ACS has 2<sup>o</sup> complete degree of studies. How much to the superior level, the similar nurses with bigger specialization in public health and areas had been distinguished. High wage average of the doctors was observed. 40% of the professionals had almost carried through public competition. Half of the BUH the access and displacement of special carriers of necessities had revealed inadequate to. The research shows real obstacles for the ideal functioning of the SHF praised for the SUS (brazilian governmental unique health). The health workers are responsible for the consolidation of the Strategy the Health of the Family, therefore, if he makes necessary greater efforts in the scope of the management for improvement of the structure of the BUH and support to these workers.

**Keywords:** Strategy Health of Family (SHF), Profile of the professionals, Structure of the BUH, descriptive Research.

### INTRODUÇÃO

Com o objetivo de reestruturar e inovar o modelo assistencial e o processo de trabalho dos profissionais de saúde, em 1994 é implantado o Programa Saúde da Família (PSF) após a bem sucedida experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desde 1991 no Nordeste (VIANA e DALPOZ, 2007), propondo-se como modelo substitutivo à atenção tradicional e especializada (ROSA e LABATE, 2005). Caracteriza-se pela formação de equipes multiprofissionais, atendimento qualificado a uma população adstrita não superior a 4.000 pessoas, realizando-se o cadastramento e acompanhamento da população da

área, estabelecendo vínculo entre profissionais e comunidade (BRASL, 2006). Os profissionais devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos à saúde mais frequentes. As equipes são compostas, no mínimo, por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Observou-se uma contínua expansão do PSF, de 324 equipes em 1994 até 27.454 em julho de 2007 (MS/DAB, 2004). Em 2002, a cobertura do PSF chegou a 32% da população do país, sendo superior a 54 milhões de pessoas. Dos 5.561 municípios, 91% possuíam equipes de PSF e/ou de PACS. Nos municípios de pequeno

<sup>1</sup>Enfermeira - Fundação Universidade do Rio Grande (FURG|RS); Mestre em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL|RS); Docente da Faculdade AGES (Paripiranga|BA). Email: siddani@bol.com.br

<sup>2</sup>Docente - Mestrado em Saúde e Comportamento, pela Universidade Católica de Pelotas (UCPEL|RS). Doutora em epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL|RS).

porte, de até 10 mil habitantes, a cobertura populacional média do país ultrapassou 60%, enquanto naqueles com mais de 100 mil habitantes a cobertura esteve próxima a 15% (CONASS, 2003).

Dados de 2004 mostraram que o total de equipes de saúde da família (ESF) implantadas neste ano foi de 21,3 mil, em 4.664 municípios e com cobertura de 39% da população brasileira, ou seja, cerca de 69,1 milhões de pessoas (MS/DAB, 2004).

O PSF visa uma mudança de paradigmas realizando, além do atendimento individual na unidade de saúde, a interconsulta, com a utilização do conhecimento de outros profissionais e o atendimento domiciliar, quebrando barreiras entre o profissional da unidade básica de saúde e o domicílio dos moradores da área (CANESQUI e SPINELLI, 2006). Facilita o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990)<sup>1</sup>, considerando que a localização das unidades de saúde permite a adstrição da população a ser atendida, o vínculo com a comunidade, a carga horária ampliada exigida e as ações preventivas realizadas para o cumprimento de metas.

A partir da Norma Operacional Básica - NOB 01/96 (BRASIL, 1996) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL, 2001), ocorreu um estímulo financeiro da instância federal para a expansão do PSF, através do Piso da Atenção Básica. Estudos demonstram que os recursos federais para a Atenção Básica aumentaram de 15,7% em 1998 para 25,1% em 2001, e os recursos para o PSF tiveram uma ampliação de 778% (MELAMED e COSTA, 2003; MARQUES e MENDES, 2003) no mesmo período. De 2001 a 2006 estes recursos para o PSF aumentaram em 18% (R\$ 584,41 milhões para R\$ 3,25 bilhões), sendo que em comparação à 1998 (66,53 milhões) houve um aumento de 2048%.

O Rio Grande do Sul (RS) tem sua organização política administrativa composta por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS (TERRA *et al.*, 2004). A 19ª CRS está localizada no noroeste do estado, é composta por 28 municípios de pequeno porte com menos de 30 mil habitantes, cuja principal atividade econômica é a agricultura. Aproximadamente 80% dos municípios têm menos de oito mil habitantes e um terço (75%) têm 100% de cobertura de PSF (BRASIL, 2007). A 19ª CRS possui dois municípios com mais de 20 mil habitantes, com marcante diferença de serviços de saúde. Um deles possui a rede centrada no PSF com 88% da população coberta pelo programa e os demais 12% da população são atendidos pelo PACS, com uma rede bem estruturada, além de um hospital municipal que atende os encaminhamentos das cidades vizinhas. Já o município sede da Coordenadoria Regional de Saúde possui apenas duas ESF, 25% da população coberta pelo PSF e mais 30% atendida pelo PACS. O sistema de saúde é voltado para o atendimento hospitalar, que é referência para os

municípios vizinhos. Dos 28 municípios da regional, 18 têm hospitais pequenos, sendo que destes, 10 possuem 100% de cobertura de PSF.

Nos últimos cinco anos, observou-se um importante crescimento do PSF nos municípios da Regional, passando de 10 equipes em 2002 para 51 em 2007 (DATA-SUS - PNIIS, 2007), tendo um incremento a partir de 2003, quando a gestão estadual criou um incentivo para o PSF e para o ACS (BRASIL, 2003). Apesar do RS ser o segundo estado com os piores percentuais de cobertura municipal de ESF (33%) e cobertura populacional de ACS (80%), a 19ª CRS, atualmente, possui 100% de cobertura municipal de PSF e 88% de cobertura populacional.

Estudos comprovam os marcados problemas da constituição da Atenção Básica no Brasil, com deficiências na estrutura física dos serviços e relativos à suficiência e ao perfil dos profissionais de saúde (CONNILL, 2002; TOMASI *et al.*, 2003; FACCHINI *et al.*, 2006; TOMASI *et al.*, 2007; COTTA *et al.*, 2006).

Além disso, pode-se observar uma provável discrepância entre a concepção da atenção básica no desenho da política nacional e sua expressão nas realidades locais, sendo necessário compreender a configuração da atenção básica e do PSF, assim como, as condições de sua inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde.

O estudo objetiva descrever e avaliar o perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família da 19ª CRS, incluindo características demográficas, formação profissional, renda e condições de trabalho, além de avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde com PSF. Considerando que 71% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes, esta pesquisa permite apontar obstáculos reais para uma implantação mais adequada do PSF, além de caracterizar a organização do trabalho e a qualificação dos profissionais.

## MÉTODOS

O estudo teve um delineamento transversal, com base em serviços de saúde. O universo foi constituído por 28 municípios com até 30 mil habitantes pertencentes à 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Noroeste do Rio Grande do Sul. Nestes municípios, 51 equipes constituíam a força de trabalho junto à Saúde da Família, com 51 médicos, 51 enfermeiros, 51 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 39 dentista e auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental e 386 ACS.

Intencionalmente, optou-se por estudar todos os profissionais e uma amostra de ACS, sorteando-se um agente por equipe, o que resultou em uma amostra total estimada em 239 profissionais.

Os instrumentos utilizados foram adaptados do Estudo de Linha de Base do PROESF/UFPEL ([www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm](http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm)) (FACCHINI *et al.*, 2006), referentes à estrutura da UBS e aos pro-

fissionais de saúde. O questionário dos profissionais foi auto-aplicado e continha perguntas fechadas e abertas sobre informações demográficas, socioeconômicas e características do trabalho. O questionário da estrutura englobou aspectos da área física, da disponibilidade de equipamentos, instrumentos, insumos, medicamentos, vacinas, exames complementares, referência especializada, presença de protocolos e atividades de grupos de usuários. Foi aplicado ao(a) enfermeiro(a) da Equipe, sendo um para cada UBS com PSF e as questões referentes à Saúde Bucal foram respondidas em conjunto com o(a) dentista(a) da UBS. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento para participação.

Após o estudo piloto, a coleta de dados ocorreu nos meses de maio a agosto de 2007, com uma equipe de quatro auxiliares de pesquisa (entrevistadores) voluntários devidamente capacitados. Os questionários tiveram suas questões fechadas codificadas, além das questões abertas tabuladas e posteriormente codificadas. Após a revisão geral, foram digitados duplamente através do programa Epi-Info 6.04b, com checagem de amplitude e consistência entre as variáveis. Os erros de digitação foram corrigidos e em seguida o banco de dados foi convertido para o pacote estatístico SPSS 10.0.

Inicialmente, procedeu-se às análises descritivas, através de frequências simples, verificando a distribuição dos casos em cada variável. O perfil dos profissionais foi realizado estratificando-se por atividade profissional. Quanto a estrutura das UBS avaliou-se quatro variáveis (iluminação, ruído, ventilação e condição geral da área física) das seguintes peças: sala de espera, recepção e arquivo, consultório, consultório com banheiro, consultório odontológico, sala de cuidados de enfermagem, sala de vacinas, sala de reuniões, farmácia e expurgo. Na ausência de alguma estrutura, ou a presença de algum item ignorado ou inadequado, a avaliação foi "inadequada". Só foi considerada adequada a peça que apresentou todas as variáveis adequadas.

O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, tendo obedecido todos os requisitos para sua aprovação.

## RESULTADOS

### • PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Foram realizadas entrevistas a 239 profissionais das Equipes de Saúde da Família, atingindo 87% da amostra estimada, sendo 46 enfermeiros (90%), 38 médicos (79%), 56 auxiliares, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos/recepcionistas/burocratas (100%), 34 odontólogos (91%), 24 auxiliares de consultório dentário (70%) e 41 ACS (80%). Quanto à estrutura, totalizou-se 38 questionários, atingindo 93% da amostra, sendo 31 UBS com uma ESF, cinco com duas ESF, uma com três ESF. Além disso, constatou-se a existência de uma UBS com quatro ESF atuando na mesma estrutura. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profis-

sionais de acordo com características demográficas e de formação profissional. A maioria era do sexo feminino (76%), com marcadas diferenças entre as ocupações. Os homens predominaram entre médicos e odontólogos e as mulheres representaram quase a totalidade da equipe de enfermagem e dos ACS. Cerca de metade dos trabalhadores tinham mais de 35 anos, sendo a média de 37 anos ( $\pm 9,7$ ). Os médicos apresentaram a faixa etária mais alta ( $43,1 \pm 11,4$  anos), seguida dos ACS ( $38,5 \pm 7,9$  anos). Em relação à formação, 37% referiram ter especialização em saúde pública e áreas afins, com destaque para os enfermeiros (55%), os médicos (22%) e os odontólogos (17%). A Figura 1 mostra que 52% de todos os profissionais realizaram o curso de Introdução ao Programa Saúde da Família (Introdutório), e apenas 27% fizeram capacitação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Se observarmos as mesmas capacitações por profissional, 96% dos enfermeiros, 74% dos dentistas e 68% dos médicos fizeram o curso Introdutório; os que mais referiram terem sido capacitados para o SIAB foram os enfermeiros (59%), seguidos dos médicos (24%) e dos dentistas (18%). Questionados se sentem falta de capacitação para as tarefas diárias, responderam afirmativamente 72% dos enfermeiros, 49% da equipe de enfermagem e ACD e apenas 18% dos médicos.

Entre os técnicos com nível superior completo, os médicos tiveram o maior tempo de formados ( $15,8$  anos  $\pm 11,0$ ) e os enfermeiros, o menor ( $7,6$  anos  $\pm 5,7$ ). Os demais membros das equipes concluíram sua formação de mais alto grau há sete anos, em média.

Quanto ao tipo de ingresso, a Tabela 2 mostra que quase metade dos enfermeiros ingressou na UBS por concurso público (48%), o que aconteceu também com a equipe de enfermagem e com os ACD (64%). Dos médicos, 80% não eram concursados, e a maioria era prestador de serviço (40%). Apenas 10% dos ACS eram estatutários.

Boa parte dos profissionais mostrou-se satisfeitos com sua forma de vínculo empregatício (77%), sendo que os ACS foram os que apresentaram menor satisfação (65%).

Na Tabela 3 observa-se que os médicos têm a maior média salarial (R\$ 5.882,00), seguida dos dentistas (R\$ 2.193,00) e dos enfermeiros (R\$ 1.913,00). A remuneração dos médicos é 68% maior que a dos enfermeiros e 63% maior que a dos odontólogos. Quase a totalidade dos profissionais (95%) referiu receber o salário em dia. Os profissionais que mais recebiam incentivos foram os médicos (16%), seguidos da equipe de enfermagem (14%) e dos odontólogos (13%). Quase a metade dos médicos (49%) referiu ter outro emprego, o mesmo ocorrendo para 35% dos dentistas e 20% dos enfermeiros.

A totalidade dos profissionais referiu cumprir carga horária de 40 horas semanais. Quanto ao tempo de

Tabela 1: Distribuição dos profissionais de acordo com características de formação. 19ª. CRS (RS), 2007.

	N	Sexo (%)		Idade (%)				Pós-Graduação (%)	
		Masc.	Fem.	Até 29	30 a 35	36 a 43	44 ou +	Saúde Pública e afins	Clínica/Cirúrgica/ outros
Médicos	38	66	34	13	16	24	47	22	46
Enfermeiros	46	06	94	37	30	20	13	55	09
Odontólogos	34	56	44	41	29	24	06	17	21
A.T.E. e A.C.D.*	80	10	90	28	25	20	28	NSA	NSA
A.C.S.**	41	05	95	15	15	46	24	NSA	NSA
Total	239	57	182	64	56	61	58	37	27
	(100%)	(24%)	(76%)	(27%)	(23%)	(26%)	(24%)	(33%)	(24%)

\*Auxiliar, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário

\*\* Agente Comunitário de Saúde

trabalho, os médicos (45%) tinham maior tempo na instituição e nas unidades de saúde foram os ACS (44%).

A existência de supervisão do nível central foi citada por 61% dos profissionais, sendo bem menos referida pelos dentistas (38%). A maioria dos conteúdos referidos como supervisão, diziam respeito a aspectos burocráticos e vistoria da estrutura. Cerca de 40% dos entrevistados referiram que a última supervisão ocorreu há dois meses ou mais.

Quanto ao número médio de atendimentos em um dia normal de trabalho, os ACS foram responsáveis por 10 famílias, os médicos por 32 pessoas, os enfermeiros por 37 pessoas, os odontólogos por 17 pessoas e a equipe de enfermagem e ACD, por 40 pessoas.

### ESTRUTURA DAS UBS

A Figura 2 apresenta as condições da área física das UBS, sobre o enfoque dos enfermeiros das ESF, considerando que estes têm maior número de funções e maior conhecimento da UBS, além do que os médicos e equipe de enfermagem, em quase a totalidade das visitas às UBS, estavam sobrecarregados com a demanda de assistência. O dentista também participou do preenchimento dos questionários ao se tratar de saúde bucal.

De acordo com a avaliação do enfermeiro em re-

lação à estrutura física da UBS, observou-se que 61% das UBS apresentavam sala de vacina e consultório odontológico adequados, 58% apresentavam recepção/arquivo e consultórios adequados, 50% possuíam sala de cuidados de enfermagem e sala de espera adequadas, 42% com farmácia adequada, 39,5% com consultório com banheiro adequados e 76% das UBS não estavam adequadas para sala de reuniões e expurgo (Figura 2).

Quanto ao acesso de portadores de deficiências físicas, apenas 66% da UBS estão adequadas. Em relação à existência de degraus no prédio, 68% delas não estão adequadas, 34% não possuem rampas alternativas, 40% não possuem calçadas adequadas, 60% não dispõem de corrimão nas escadas, 68% não possuem corrimão nas rampas e 97% nos corredores. Apenas 50% das unidades oferecem a estrutura adequada no que diz respeito ao acesso e manobras de aproximação de cadeirantes aos banheiros. Mais de 80% das unidades de saúde possuem microcomputador, 79% possuem impressora e 68% dispõem de conexão à Internet. Quanto aos profissionais, os que mais faziam uso de computador para o trabalho foram os enfermeiros (49%), seguidos do nível médio (42%). Entre os médicos e os odontólogos, este uso ficou em torno de 10%.

Com relação aos instrumentos e equipamentos

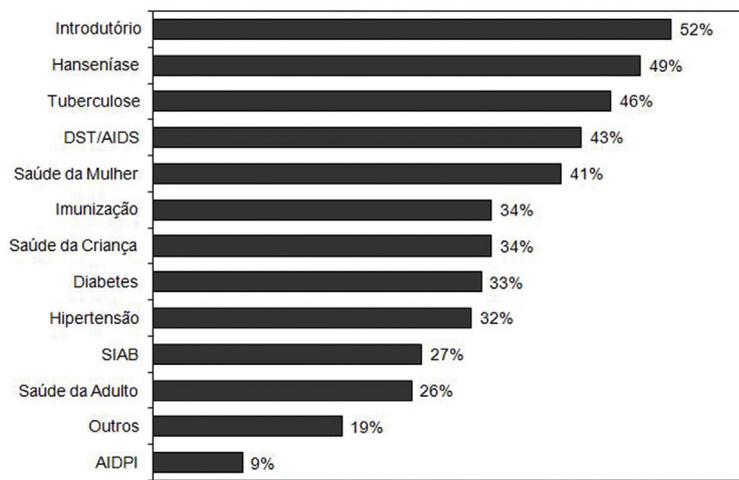


Figura 1: Capacitação dos profissionais. 19ª CRS (RS), 2007.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais de acordo com características do vínculo empregatício. 19a. CRS. RS, 2007.

	N	Concursados (%)	Regime de trabalho (%)				Satisfeitos com o vínculo (%)
			Estatutário	CLT	Temporário	Prestador de serviço	
Médicos	38	21	21	24	16	40	71
Enfermeiros	46	48	50	20	26	06	80
Odontólogos	34	32	29	35	18	18	76
A.T.E. e A.C.D.*	80	64	61	11	27	-	84
A.C.S.**	41	17	10	46	42	02	66
Total	239	99	94	58	63	24	182
	(100%)	(41%)	(39%)	(24%)	(26%)	(10%)	(77%)

\*Auxiliar, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário

\*\* Agente Comunitário de Saúde

odontológicos, tais como equipos, estufas e mochos, mais de 80% das unidades de saúde têm disponibilidade. No entanto, apenas 56% delas possuem unidade auxiliar de apoio odontológico.

Os materiais e insumos que se apresentaram em menor disponibilidade nas unidades com PSF foram: material para pequenas cirurgias (58%) e fios de sutura (74%). Os demais insumos (luvas, gaze, seringas, etc) se mostraram disponíveis em mais de 85% das UBS.

Quanto aos medicamentos da farmácia básica, apenas neomicina com bacitracina e penicilina benzatina 600.000 UI apresentaram menor disponibilidade (74%). Os demais estavam disponíveis em mais de 85% das UBS. A dispensação dos medicamentos era realizada em 95% das unidades de saúde.

Apesar de 21% das unidades de saúde não possuírem sala de vacinação, 100% delas realizavam o calendário básico do Programa Nacional de Imunização (PNI).

Os exames complementares com pior acesso direto e satisfatório foram: pesquisa de BAAR (71%), RX sem contraste (68%), urocultura (68%), eletrocardiograma (66%), ultrassonografia obstétrica (63%) e coloscopia (34%). Mais de 89% das unidades de saúde referiram

ter acesso direto a exames básicos como: ácido úrico, creatinina/uréia, Elisa (HIV), glicemia plasmática, hemograma completo, tipagem sanguínea e VDRL.

Quanto à referência satisfatória para atenção especializada, a dermatologia obteve o menor percentual (47%) seguida da pneumologia (57%), da psiquiatria (58%) e da otorrinolaringologia (65%). Para as especialidades de cardiologia, ginecologia, neurologia, oftalmologia, fisioterapia, ortopedia e pediatria, mais de 72% das UBS consideraram satisfatória a referência. Em relação ao acesso à retaguarda de pronto-socorro, 60% delas referiu ser satisfatório e 74% referiu acesso satisfatório à retaguarda de internação.

Observou-se que 63% da UBS possuem protocolo de planejamento familiar e 60% de câncer de colo uterino. Os protocolos que as unidades menos possuem foram o de cuidado domiciliar (26%), manejo dos agravos mais prevalentes na infância (AIDPI) (34%) e promoção, crescimento e desenvolvimento infantil (34%).

Todas as UBS realizam atendimento à demanda, visitas e cuidados domiciliares, diagnóstico e tratamento de hipertensão e diabetes, pré-natal, planejamento familiar e promoção do crescimento e desenvolvimento

Tabela 3: Distribuição dos profissionais de acordo com a remuneração na ESF. 19a. CRS. RS, 2007.

	N	Remuneração média (RS)	Pagamento em dia (%)	Incentivo (%)	Outro emprego (%)	Tempo de trabalho (meses)			
						Até 22	23 a 36	37 a 69	70 ou mais
Médicos	38	5882,18 1970,62	95	16	49	37	24	21	18
Enfermeiros	46	1958,03 462,87	93	03	20	33	20	29	18
Odontólogos	34	2336,07 633,18	88	13	35	15	41	24	21
A.T.E. e A.C.D.*	80	664,90 253,96	78	14	08	25	29	22	24
A.C.S.**	41	419,93 59,90	95	05	-	20	20	17	44
Total	239	1900,93 (2055,70)	226 (95%)	26 (11%)	45 (19%)	63 (26%)	63 (27%)	54 (23%)	59 (25%)

\*Auxiliar, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário

\*\* Agente Comunitário de Saúde

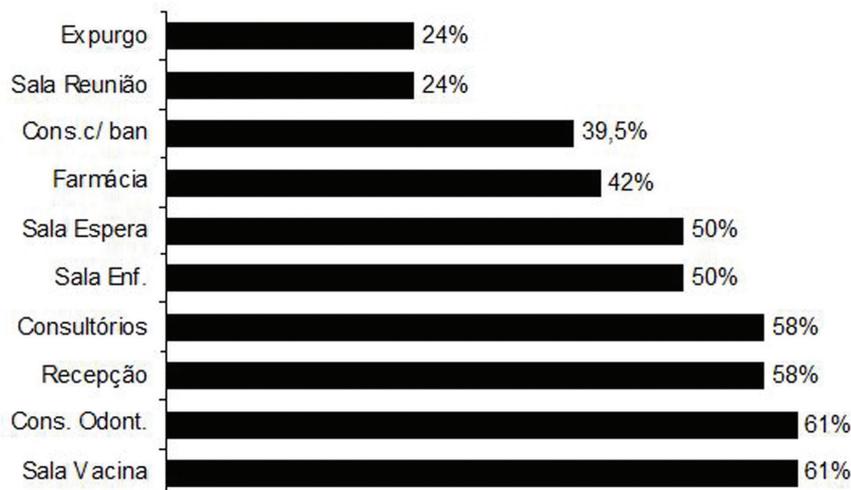


Figura 2: Estrutura física adequada das UBS. 19a. CRS (RS), 2007.

infantil. Apenas 42% das UBS realizam pequenas cirurgias.

As atividades com grupos de usuários eram realizadas em 95% das unidades, sendo em sua maioria os grupos de hipertensos (92%), de diabéticos e pré-natal (89%). Apenas 47% das UBS realizavam grupo de saúde mental e de idosos e apenas 37% referiram atividades com adolescentes.

## DISCUSSÃO

Uma das limitações do presente estudo pode ser atribuída à forma como os dados foram coletados, através de questionários auto-aplicados, uma vez que esta estratégia pode levar a maiores proporções de respostas ignoradas ou não válidas. Entretanto, optou-se por esta modalidade por vantagens logísticas e para garantir maior comparabilidade com o estudo do qual os instrumentos foram adaptados. Perdas ou recusas foram registradas para 12% da amostra pretendida.

Considerando que muitos trabalhos disponíveis na literatura dizem respeito ao PSF em municípios de grande porte, acredita-se que esta pesquisa pode contribuir para a caracterização das ESF e das condições de trabalho nas UBS de uma forma mais abrangente, uma vez que foi realizada principalmente em municípios pequenos (abaixo de 20.000), que constituem 71% de todos os municípios brasileiros (IBGE, 2006).

Ao traçar o perfil dos profissionais prevaleceu o sexo feminino, o que está de acordo com outros estudos (TOMASI *et al.*, 2007; GIL, 2005; MACHADO, 2000), porém este estudo mostra marcadas diferenças entre as profissões, onde os médicos em sua maioria são homens e a equipe de enfermagem, quase em sua totalidade são mulheres. Estas equipes eram predominantemente jovens, com exceção dos médicos e os ACS. O maior tempo de formação foi observado para os médicos e o menor tempo de formação para os enfermeiros. Gil obteve resultados similares ao apresentar o perfil dos alu-

nos de um curso de especialização em Saúde da Família. Observa-se em outro estudo (TOMASI *et al.*, 2007) que os trabalhadores do PSF eram significativamente mais jovens do que em unidades tradicionais.

O mesmo estudo (TOMASI *et al.*, 2007) mostra que os profissionais do PSF estão mais especializados em saúde pública e áreas afins do que os de unidades tradicionais. Observou-se nesta pesquisa que a classe profissional com maior especialização para atuar na ESF são os enfermeiros (55%). Entre os médicos apenas 22% são especializados em saúde pública, sendo que 46% deles têm especialização em outras áreas, como clínica e cirurgia, priorizando ainda o atendimento voltado para especialidades. Um estudo traçando o perfil de médicos e enfermeiros do Mato Grosso demonstrou que 27% dos médicos têm residência em áreas médicas específicas e Gil (2005) observa que os médicos que ingressam em cursos de especialização em Saúde da Família, em sua grande maioria são clínicos, com formação nas especialidades clássicas e poucos tem especialização em saúde pública. Ambos os estudos mostram que os enfermeiros possuem maior formação em áreas afins.

Apesar de quase a totalidade dos enfermeiros referirem terem participado de cursos, a sua maioria sentia falta de capacitação para tarefas diárias, o que nos faz questionar quanto à qualidade e a frequência em que estes cursos são realizados. Não foi questionado o tempo da última capacitação em que o profissional participou, talvez seja uma variável a ser estudada num próximo estudo.

Pouco mais de metade dos profissionais desta amostra referiram ter seu trabalho supervisionado, o que foi semelhante em trabalhadores do Sul e Nordeste do País (TOMASI *et al.*, 2007). Em ambos os estudos a supervisão foi entendida em sua maioria como burocrática, como monitoramento de produtividade, com um pequeno percentual de trabalhadores citando supervisão *in loco*. A atribuição dos profissionais de saúde como

agentes de mudança no contexto da atenção à família, toma um papel de facilitador no processo de educação em saúde, fazendo-se necessária a formação continuada desses profissionais, tendo em vista uma profunda renovação das organizações de saúde (MACHADO *et al.*, 2007).

A carga horária semanal contratada para as equipes de PSF é de 40 horas, e 100% dos profissionais referiram cumprir com este requisito. Entretanto, observou-se que quase a metade dos médicos, 35% dos dentistas e 20% dos enfermeiros possuíam outro emprego, o que parece contradizer a informação sobre a carga horária cumprida. Esta situação pode ser atribuída ao fato de que os profissionais reconhecerem a pesquisadora como parte integrante da equipe de supervisão. O estudo de Canesqui e Spinelli (2006), mostra que pouco mais da metade dos profissionais dedicavam 40 horas ao PSF, enquanto que mais de 40% tinham outras atividades concomitantes, exercidas em sua maioria em setores privados. Para Tomasi *et al.*, (2007), quase 40% dos profissionais vinculados à Saúde da Família não tinham contrato de 40 horas semanais, mesmo sendo uma exigência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Em estudo realizado na cidade de Teixeira (MG), 32% dos profissionais entrevistados não eram exclusivos do PSF, com destaque para 100% dos médicos e 67% dos enfermeiros (FACCHINI *et al.*, 2006).

Os médicos tiveram uma renda mensal 67% maior que a dos enfermeiros e 60% maior que a dos dentistas, além de serem os profissionais que mais recebem incentivo que incide sobre sua remuneração básica. No estudo de linha de base do PROESF (TOMASI *et al.*, 2003), foi observado que a média salarial dos médicos na região Sul era 40% maior que a dos enfermeiros e 30% maior que a de outros profissionais de nível superior. Destaca-se que os médicos da região da 19ª CRS possuíam uma média salarial 37% maior do que a dos profissionais dos municípios com mais de 100 mil habitantes (TOMASI *et al.*, 2007), ao passo que, para os enfermeiros, esta média foi 13% menor. No estado de Mato Grosso em 2006, os resultados foram semelhantes, uma vez que quase metade dos médicos recebiam entre 25 e 35 salários mínimos e 87% dos enfermeiros recebiam entre 5 e 15 salários (CANESQUI e SPINELLI, 2006).

Apesar de 77% dos entrevistados estarem satisfeitos com a forma de vínculo empregatício, o estudo evidenciou sinais de precarização do trabalho entre estas equipes, uma vez que menos da metade ingressaram por concurso público. Em um estudo qualitativo realizado em Maracanaú (CE), os profissionais de saúde reivindicaram a melhoria das condições de trabalho, estruturação e solidez do vínculo contratual de trabalho e salários dignos, o que diminuiria a rotatividade dos profissionais (VIEIRA *et al.*, 2004). Observou-se que a contratação de grande parte dos médicos por presta-

ção de serviços pode ter sido a estratégia adotada pelos gestores municipais para fugir dos custos trabalhistas por conta dos altos salários, o que justifica que mais de 80% dos médicos referissem insatisfação devido à falta de direitos trabalhistas.

Deve-se citar o alto percentual de ACS com contrato temporário, o que deverá ser modificado com os processos seletivos públicos em implementação nestes municípios, pois desde outubro de 2006 a contratação temporária está proibida (BRASIL, 2006). Com o intuito de regularizar a situação, garantindo a estes profissionais seus direitos trabalhistas, está em vigor uma portaria (BRASIL, 2007) que aumenta o incentivo ao Programa de ACS, com repasse de um valor 28% maior por agente, especialmente para o custeio dos encargos sociais.

Dado o reduzido período em que alguns profissionais estão em atividade nas equipes, pode-se estimar uma alta rotatividade profissional, motivada por características regionais, como o predomínio de municípios pequenos, com difícil acesso e a distância da capital e de centros maiores. Este perfil está de acordo com o descrito no estudo do PROESF, que mostra que o tempo de trabalho dos profissionais nas UBS tradicionais é maior do que no PSF (TOMASI *et al.*, 2007).

Os enfermeiros das ESF da 19ª CRS acumulam inúmeras funções, incluindo assistência, educação continuada, funções administrativas, “alimentação” de sistemas de informação e preenchimento de boletins, fichas, etc. Na maioria das visitas às unidades dos 28 municípios, encontramos o médico no atendimento à demanda; a equipe de enfermagem atendendo na sala de procedimentos e o enfermeiro em funções administrativas ou na assistência ambulatorial (consultas para exames papanicolau). O enfermeiro por estar diariamente na UBS e ser mais presente nas inúmeras atividades desenvolvidas pela ESF, foi escolhido para responder ao questionário de estrutura da UBS. Não podemos deixar de comentar que a estrutura das UBS foram avaliadas sob os parâmetros do profissional enfermeiro e do dentista no que diz respeito à saúde bucal, quanto ao que é adequado ou não.

De acordo com estes informantes, a estrutura disponível nas unidades de saúde da família da 19ª CRS revelou-se inadequada em vários aspectos, com déficit em dependências importantes para o bom funcionamento de serviço. Observou-se ainda a inadequação das unidades para portadores de necessidades especiais. Outros estudos referem problemas nas áreas físicas das UBS (TOMASI, *et al.*, 2007), tendo sido consideradas inadequadas por quase 50% dos profissionais no Sul e no Nordeste. Em quase 50% dos profissionais da ESF do município de Teixeira (MG) consideraram que as principais dificuldades para a realização do trabalho pelos profissionais é a falta de infra-estrutura, mais de 65% consideraram a falta de equipamentos e quase 90% a

falta de transporte (COTTA *et al.*, 2006).

Acredita-se que os resultados deste estudo possam ser úteis à avaliação da estratégia da Saúde da Família, não só na região em que os dados foram coletados, mas em outras regiões do estado e do país com características semelhantes, subsidiando ações para resolução de problemas em comum.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL Portaria 1761 de 24 de julho de 2007. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União** 2007; 25 jul.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operativa básica (NOB 1-1996)**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- BRASIL. Lei no 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional N° 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2006; 05 out.
- BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php> (acesso em 05/mar/2007)).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família - PSF**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/psf>>. Acesso em: 10 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso**.
- NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM no 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília: MS;
- BRASIL. Secretaria da Saúde/RS, Portaria 51/2003. Rio Grande do Sul, 2003.
- BRASIL. Secretaria da Saúde/RS, Portaria 53/2003. Rio Grande do Sul, 2003.
- CANESQUI, A.M; SPINELLI M.A.S. Saúde da família no Estado do Mato Grosso, Brasil: perfil e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**. 2006.
- CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(Suppl):191-202.
- CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. **Coleção Progestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- COTTA, R.M.M, *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**, Brasília, v.15, n.3, p. 7-17, 2006.
- DATASUS PNIIS – **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: MS; 2007.
- FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA; D.S. **Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)**. Pelotas: UFPel; 2006. Disponível na página: [www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm](http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm).
- FACCHINI, L.A; PICCINI, R.X; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA; D.S; SIQUEIRA, F.V; RDRIGUES, M.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v.11, n.3, p. 669-681, 2006.
- GIL, C.R.R. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, 2005.
- IBGE. **Estimativa da População Residente**, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- MACHADO, *et al.* Integralidade, formação de saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva, Fortaleza**, 12(2):335-342, 2007.
- MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- MARQUES, R.M; MENDES Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8 n.2 2003.
- MELAMED, C; COSTA, N.R. Inovações no Financiamento Federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro vol.8 no. 2 2003.
- BRASIL, Portaria 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 29 mar.
- ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2005; 13(6): 1027-1034.
- TERRA, O.G; SPEROTTO, S.D.M, SOUZA, D.S; FARIAS, E.R; VEDRÚSULO J; SILVA, P.L; MACHADO, R.Z. O incentivo financeiro estadual para a Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul, 2003. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, Vol. 18, n.1, 2004.
- TOMASI, E; FACCHINI, L.A; OSÓRIO, A; FASSA, A.G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev Saúde Publ** 2003; 37(6):800-6.
- TOMASI, E; *et al.* Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico dos Trabalhadores da Atenção Básica à Saúde nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(x): 105-113, 2007.
- VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, 2007.
- VIEIRA, E.T; BORGES, M.J.L, PINHEIRO, S.R.M; NUTO, S.A.S. O Programa Saúde da Família sob enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, Fortaleza, 17 (3): 119-126, 2004.