

Mapeamento do perfil profissional e das dificuldades enfrentadas pelos servidores na atuação do Programa da Saúde da Família (PSF) do município de ITUIUTABA-MG

Aluna

Ana Paula Camargo de Freitas Marques (FACES-UFU)
aninhapaula1445@hotmail.com

Prof. orientador

Dr. Victor Manuel Barbosa Vicente (FACES-UFU)
victorvicente@pontal.ufu.br

Resumo

O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar o perfil profissional bem como as dificuldades e os problemas enfrentados pelos servidores que atuam no Programa da Saúde da Família (PSF) no município de Ituiutaba-MG. A pesquisa é de cunho qualitativa e utilizou dados coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com gestores e questionários estruturados aplicados com os colaboradores e gestores. As informações recolhidas na coleta de dados foram submetidas a técnicas de análise de conteúdo e de estatística descritiva. Os principais achados revelaram em relação ao perfil profissional que 88,89% dos profissionais que atuam nos PSF's são do sexo feminino. Verifica-se também que os resultados da pesquisa evidenciam que a atuação dos servidores é facilitada por possuírem autonomia na sua atuação nos PSF's, já os problemas como a) inexistência de capacitação para exercer esse tipo específico de serviço; b) existência de um baixo quadro de profissionais ante a demanda por serviços pela comunidade e c) deficiente infraestrutura existente nos PSF's para atendimento de qualidade, atrapalham a atuação dos servidores que operam o programa. Concluiu-se, portanto, que a estratégia saúde família é uma importante política pública para o município e ao pesquisar o perfil profissional destes servidores e analisando as facilidades e a dificuldade enfrentada pelos mesmos na sua atuação em prol da comunidade permitirá a quem de direito, traçar planos de ação para corrigir as dificuldades identificadas e expostas neste estudo.

Palavras-Chave: PSF. Perfil profissional. Dificuldades.

1. Introdução

No Brasil, a participação social na área da saúde foi colocada em pauta a partir do final da década de 1980, mais precisamente a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF-88). A referida carta constitucional ficou conhecida como “Constituição Cidadã”, devido aos problemas sociais ocasionados pelas crises políticas e econômicas que o país vinha enfrentando, o que contribuiu para que houvesse o fortalecimento do movimento social que reivindicava por melhorias na saúde (CARVALHO, 1998; COELHO, 2004).

Antes da promulgação da Constituição alguns movimentos já reivindicavam melhoria na área de saúde, alguns importantes ocorreram na década de 1970 e na década de 1980. No início da década de 1970, surge o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que reuniu

sanitaristas e diversos atores sociais em prol do reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde (TATAGIBA, 2002). Já no ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu em um marco na história da saúde no Brasil, pois foi durante essa conferência que se definiu as diretrizes e os princípios básicos sobre os quais o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser institucionalizado.

A atuação do governo, que se limitava a prevenção de doenças, vacinação e assistência médica a poucas doenças, para aqueles que não possuíam o amparo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), começou a se atentar ao dever e responsabilidade de cuidar da saúde pública no Brasil. Uma mudança importante ocorreu após a Constituição Brasileira de 1988, mais especificamente devido à incorporação do Artigo 196 que definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A partir dessa concepção, a de universalização, é que houve a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é tido como marco da saúde pública do Brasil, com sua regulamentação ocorrida em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei Nº 8.080. Já em 28 de dezembro de 1990, pela Lei Nº 8.142 foi decidido à participação da comunidade na cogestão do Sistema Único de Saúde (ROSA; LABATE, 2005).

É neste contexto, que Oliveira e Albuquerque (2008), afirmaram que o Programa da Saúde da Família (PSF) é a porta de entrada para a atuação dos serviços oferecidos pela Atenção Básica (AB) da saúde. A Saúde Básica ou Atenção Primária da Saúde é responsável pelo atendimento inicial do usuário ao SUS. De acordo com Rosa e Labate (2005), o Programa da Saúde da Família (PSF) é um programa implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 de forma gradativa e teve início devido ao sucesso da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em algumas localidades do Brasil, principalmente no nordeste brasileiro, em vista do mencionado programa, já no ano de 1991, tem por propósito buscar a melhoria na saúde para essa região do país.

No ano de 2006, por intermédio da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF se modificou passando a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuaria a partir de então de forma contínua e permanente. A ESF é definida como uma estratégia focada na atenção básica (primária) que além de promoção e prevenção da saúde, visa diminuir os atendimentos nos prontos socorros e ambulatórios dos hospitais da rede pública de saúde, reduzindo assim os custos, gerando a partir dessa concepção uma relação custo-efetividade considerável (BRASIL, 2018). A equipe PSF tem um nível médio de resolutividade de 85% dos problemas de saúde da comunidade local de atuação, quando seu funcionamento ocorre de forma satisfatória (ROSA; LABATE, 2005).

As razões que justificam esse estudo se dão pelo fato que o mesmo pode oferecer as equipes multiprofissionais de saúde de outras localidades informações que irão norteá-los no melhor modo de lidar com as dificuldades, o que pode ocasionar uma melhoria da qualidade do atendimento prestado para a comunidade em unidades não satisfatórias. Espera-se também que a população possa se beneficiar com essa pesquisa, podendo utilizá-la como fonte de pesquisa para um melhor entendimento da dinâmica da estratégia saúde da família e de como podem contribuir para o seu efetivo funcionamento. Além disso, a pesquisa em construção poderá contribuir com novas informações e ampliar o conhecimento da Estratégia Saúde da Família, sendo capaz de auxiliar gestores públicos no desenho de novas políticas públicas e traçar planos de ação para melhorar o funcionamento dos PSF's.

As pesquisas relatam a importância do bom relacionamento entre a equipe de saúde da família e a população e mais, demonstram como essa relação é primordial para o bom funcionamento da estratégia governamental em questão. Porém, como Ronzani e Silva (2008) destacam as equipes enfrentam, por vezes, dificuldades no momento de definição dos métodos mais adequados da efetivação das ações locais voltadas à prevenção e promoção da

saúde, destacadamente pelo fato de que a própria população, por vezes, desconhece a função da ESF e, a partir disso, passa a não seguir as orientações dos agentes de saúde. Por esse cenário é possível verificar que as adversidades enfrentadas pelos profissionais de saúde vão além de dificuldades na infraestrutura dos serviços e no sistema de saúde em si, ações isoladas não resolveriam esses problemas (RONZANI e SILVA, 2008).

Assim sendo, Cotta *et al.* (2006) apontam que para a obtenção de informações mais completas e melhores sobre a saúde na comunidade é necessário considerar as características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na estratégia, ou seja, o conhecimento do perfil dos profissionais.

Diante do exposto, a presente pesquisa tem como intuito responder as seguintes questões: **“a) Qual o perfil dos profissionais que atuam nos PSF’s do município Ituiutaba? b) Quais são os principais problemas e dificuldades enfrentadas pelos servidores dos PSF’s na prestação de serviços à comunidade tijuana nos PSF?”**.

Partindo desse pressuposto, o artigo possui como objetivo principal: identificar e analisar o perfil profissional e as dificuldades enfrentadas na atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nas onze unidades dos PSF's localizados em Ituiutaba, a saber, PSF's Jardim do Rosário, Independência, Alvorada, Novo Tempo, Sol Nascente, Novo Horizonte, Santa Maria, Pirapitinga, Camargo, Natal e Setor Norte, pela perspectiva dos colaboradores que ali atuam.

2. Fundamentação teórica

Nesta seção serão apresentados conceitos e definições teóricas que envolvem três grandes temáticas tratadas neste artigo, quais sejam: Políticas Públicas em Saúde, Evolução do Sistema de Saúde Pública no Brasil e Programa Saúde da família.

2.1. Políticas públicas em saúde

Antes de qualquer menção de políticas públicas em saúde é preciso externar o conceito de políticas públicas que será empregado neste trabalho, quem são os responsáveis por sua execução e quais os seus objetivos.

Segundo Agum, Riscado e Menezes (2015), a definição mais aceitável sobre política pública vem de Thomas Dye. Os referidos autores, baseados na obra de Thomas Dye (1984), definem política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Assim, de acordo com Agum, Riscado e Menezes (2015), se o governo decidir por não fazer nada para solucionar um problema, também estará elaborando uma política pública. Assim, os mesmos pesquisadores resumem política pública como um campo de conhecimento, onde o governo, diante de uma determinada ação, analisa e propõe alterações se achar necessário.

Há quatro tipos de políticas públicas: Regulatória, Distributiva, Redistributiva e Constitutiva (LOWI, 1972, *apud* AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Para os autores a Política Regulatória opera no estabelecimento de padrões a serem seguidos, tanto por pessoas públicas e privadas; a Política Distributiva possui como uma de suas características a concentração de benefícios de alguns grupos, deixando os demais de lado; já na Política Redistributiva, o benefício para um grupo pode ocasionar despesas para outro e, por fim, a Política Constitutiva é considerada como uma *meta-polices*, pois ela estabelece regras a serem seguidas pelas demais políticas públicas.

Segundo Rosa e Labate (2005), as políticas públicas brasileira na área de saúde dependem muito do momento vivido pelo país, de como está a economia e das classes dominantes. O Brasil tem várias políticas públicas para a área da saúde, e a maior delas, de

acordo com Mendes (2013), é o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem sua abrangência ampla e foi criado para ser um sistema de saúde de cobertura nacional, tendo por seus princípios, a universalização da cobertura e do atendimento, a descentralização das ações e serviços, e a equidade no acesso a tais serviços.

2.2. Evolução do sistema da saúde pública no Brasil

O Estado brasileiro se viu obrigado, no começo do século XX, a controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que exerciam influência na economia agroexportadora da República Velha. Maciel (2009) relata que através dessa necessidade de controle é que surgiu a Educação Sanitária. Doenças como: febre amarela, tuberculose, varíola e sífilis acometiam parcela significativa da população brasileira e o governo da época respondia por meio de campanhas sanitárias, com a intenção de combatê-las.

As campanhas sanitárias possuíam em sua essência vacinas obrigatórias, vistoria em casa, internações forçadas, conforme relato de Maciel (2009), que afirma ainda que o governo tratava esses assuntos de forma coercitiva. A insatisfação popular contra esse tratamento resultou na Revolta da Vacina, que segundo o referido pesquisador foi um movimento popular de combate à vacina obrigatória da varíola.

Após o fim da República Velha (1889-1930), já na denominada Era Vargas (1930-1945 e 1951 a 1954), houve a criação de centros de saúde que buscavam disseminar informações sobre higiene individual e prevenção de doenças infectocontagiosa. Porém, segundo Maciel (2009), não houve grandes melhoras na saúde da população. O brasileiro até o final da década de 1980 possuía apenas um modelo de seguro social na área da previdência e um modelo de atenção à saúde para aqueles que não possuíam vínculos empregatícios formais (FLEURY, 2009).

Sob esse cenário, a saúde da população só declinava e profissionais da saúde estavam insatisfeitos com essa condição (MACIEL, 2009). Diante desses fatos, surge o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que nasceu no âmbito da luta contra a ditadura, no início da década de 1970 (TATAGIBA, 2002). O movimento da reforma sanitária foi à reunião de um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças envolviam todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

Um marco histórico da reforma sanitária, de acordo com Rosa e Labate (2005), foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília no ano de 1986. A referida conferência reuniu cerca de quatro mil pessoas para discutir como a reforma sanitária deveria ser implantada pelo governo a partir da previsão de formalização da Assembleia Nacional Constituinte, que viria a ocorrer um ano após a realização da conferência e que teria por objetivos delimitar os princípios fundamentais da reforma de uma nova Constituição brasileira. Os presentes se posicionaram a favor de uma reforma constitucional de forma emergencial (LUZ, 1991).

A promulgação da Constituição da República Federativa (CF) do Brasil, ocorrida em 1988, ocasionou várias mudanças para a população, das quais àquelas relacionadas à saúde pública. A Constituição de 1988 definiu que a saúde era um direito de todos e dever do Estado e trouxe algumas mudanças no processo de gestão da saúde pública feita pelo governo. Dentre as várias diretrizes que deveriam ser implantadas destacam-se o atendimento integral, a participação da comunidade no controle social, a descentralização das ações e serviços com direção única em cada esfera dos governos – municipal, estadual/distrital e federal (BRASIL, 1988).

O Artigo 196 da (CF) de 1988 estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Foi a partir da constituição que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado. O SUS nasceu tendo por princípios basilares a Universalidade, Equidade e Integridade e sua regulamentação ocorreu em 19 de setembro de 1990, através da Lei Nº 8.080. Em 28 de dezembro de 1990, pela Lei Nº 8.142, foi decidido ainda a participação da comunidade, como cogestora das políticas públicas delimitadas no âmbito do SUS (ROSA e LABATE, 2005).

O artigo 4º da Lei n. 8080, de dezembro de 1990, disciplinou que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

Após a instituição do SUS, viu-se a necessidade de mudar a forma de atuação na saúde, visando mais a integralidade da assistência ao invés da medicina curativa, surgindo assim o Programa Saúde da Família.

2.3. Programa Saúde da Família (PSF)

Na década de 1990 surge o Programa Saúde da Família (PSF) como um programa apoiado pelo Ministério da Saúde com a intenção de valorizar a família sob as diretrizes das políticas sociais brasileiras (RIBEIRO, 2004). Oliveira e Albuquerque (2008) também descrevem que a década de 1990 foi um marco na atenção à família nas políticas públicas, tanto que a Organização das Nações Unidas (ONU) determinou o ano de 1994 como o Ano Internacional da Família. Foi nesse ano, que foi realizada a implementação do PSF no Brasil.

A criação do PSF se deu após o sucesso de outro programa, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que tinha como objetivo colaborar na redução da mortalidade infantil e materna, em algumas áreas do Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (ROSA; LABATE, 2005). O ministério da Saúde percebendo a contribuição do PACS começa a focar a cobertura na família, concebendo assim o Programa Saúde da Família. Segundo Oliveira e Albuquerque (2008), o PSF tem por prioridade de ação a prevenção, promoção e a recuperação da saúde das pessoas, de forma a criar condições de maior resolutividade nos níveis da Atenção Básica (AB) a saúde.

Assim, desde seu princípio, de acordo com Sousa e Hamann (2009), o PSF foi criado para fortalecer a atenção básica, para atender o nível primário de atenção da saúde do SUS. O PSF, segundo Escorel *et al.* (2007), foi criado através de incentivos financeiros específicos e de mecanismos de transferência federais baseados na quantidade de habitantes do município.

No ano de 2006, por intermédio da Portaria Nº 648, de 28 de março, o PSF se modificou e tornou-se uma Estratégia Saúde da Família (ESF), que atuaria a partir de então de forma contínua e permanente, diferentemente de programa, que seria uma atividade com início, desenvolvimento e finalização (SOUSA e HAMANN, 2009). A ESF faz parte do contexto do SUS que busca o fortalecimento da atenção básica. Camelo e Angerami (2008) preconizam que a ESF tem por princípios a descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações.

Sousa e Hamann (2009) constatam que a equipe multiprofissional do PSF deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, onde essa equipe deve ser responsável por em média 3000 pessoas. Essa equipe pode ser acrescida por uma equipe de saúde bucal, e juntos todos esses profissionais devem seguir algumas atribuições comuns a todos e atribuições específicas ao seu cargo (PAVONI; MEDEIROS, 2009). As especificações que cada profissional da equipe de Saúde da Família deve seguir estão contidas em um manual intitulado Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

Os valores dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para a ESF são efetuados para os municípios em contas específicas para este fim (BRASIL, 2018). Segundo a Portaria nº. 978, de 6 de maio de 2012, cada equipe de saúde da família recebe na modalidade 1 o valor de R\$ 10.695,00 (dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais) a cada mês e a equipe saúde da família modalidade 2 recebe o valor de R\$ 7.130,00 (sete mil, cento e trinta reais) a cada mês (BRASIL, 2012).

Em 2004, a abrangência do PSF chegava a 84 % dos municípios brasileiros. Escorel *et al.* (2007) relatam que a implantação em cidades de pequeno porte era mais rápida, e nos grandes centros urbanos ocorria de forma mais lenta devido a maior complexidade ocasionada pela grande concentração demográfica.

Segundo Vanderlei e Almeida (2007), uma mudança significativa nesse processo está no fato de a ESF abranger o atendimento coletivo, passando a ter seu foco de atenção na família como o principal componente. O êxito ou fracasso da ESF está atrelado ao bom desempenho da equipe de saúde da família (eSF). Essa equipe é encarregada pela prestação dos serviços e atendimento da população no nível da atenção básica de saúde, por isso, suas objetivações são de extrema importância e podem contribuir na identificação de problemas na Estratégia. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Lancman e Barros (2011) esclarecem que para o desenvolvimento do trabalho, as equipes multiprofissionais da saúde devem estar comprometidas e atender as famílias de forma humanizada. Outros estudos também demonstram isso, como é o caso do relatado por Alves e Aerts (2011), que acrescentam que é preciso que as equipes conheçam seus moradores e o território que atuam, para que dessa forma possam ampliar e fortalecer a participação da comunidade, além de promover a saúde, assistindo seus pacientes antes de problemas de saúde mais graves.

Martines e Chaves (2005) falam sobre a importância de uma relação conectada entre a eSF e as famílias que fazem parte da comunidade, assim como Pedrosa e Teles (2001), destacam o fato de que para atingir os objetivos da estratégia do programa é necessário que haja um trabalho em equipe para assim garantir a integridade das ações.

Em um estudo que objetivou delinear o perfil dos profissionais e a organização do trabalho do Programa de Saúde da Família Cotta *et al.* (2006) aplicaram um questionário semiestruturado dirigido aos profissionais das equipes de saúde da família do Município de Teixeiras- MG. Os resultados da pesquisa apontaram que a maior parte dos ACS possuíam o 2º grau completo (55,6%) e que os técnicos em enfermagem são os profissionais que consideram a remuneração baixa (66,7%), já em relação ao treinamento ou capacitação, os médicos e enfermeiros não receberam nenhum tipo de capacitação para atuar nos PSF, já os demais profissionais da estratégia foram treinados no próprio PSF. Neste estudo foram apontadas também as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos PSF é em relação ao transporte, que pode ser explicada devido ao fato de 39% dos domicílios se encontrarem na zona rural, a falta de material (50%) também foi uma dificuldade bastante citada pelos entrevistados.

Outro estudo relevante sobre os profissionais envolvidos no PSF foi o de Ronzani e Silva (2008), que analisaram a percepção dos profissionais de saúde sobre o Programa Saúde da Família em dois municípios de Minas Gerais, neste estudo, profissionais, gestores e usuários do Programa foram entrevistados sobre alguns temas, entre eles, a equipe, as dificuldades do programa no município e os objetivos do PSF. Os resultados demonstram que os envolvidos têm expectativas diferentes quanto à estratégia. Os profissionais da estratégia, por exemplo, relatam insatisfação com a organização do PSF e que os atributos pessoais dos membros da equipe são requisitos para uma boa equipe. Este estudo relata também que é necessário questionar o modelo ideal de PSF veiculado, pois segundo o mesmo é necessário

levar em consideração as particularidades de cada equipe de PSF e a forma que cada município lida com a organização do sistema.

Estudos feitos em relação ao perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família veem demonstrando a importância das análises desses profissionais, como é o caso de Cotta *et al.* (2006), que em seu estudo com todos os profissionais da ESF no município de Teixeira – MG, constatou, por exemplo, que há problemas na relação interna da equipe, que a compartimentalização que existe entre os profissionais, está acarretando a descontinuidade de algumas ações, pois não há responsabilidade coletiva na equipe. Os pesquisadores apontaram que uma forma de minimizar os obstáculos enfrentados, seria a valorização dos profissionais da área, assim como a qualificação/capacitação é um dos caminhos para que se alcance uma maior qualidade dos serviços prestados na atenção em saúde.

Ao desenvolver uma pesquisa com o objetivo de identificar “o perfil dos profissionais que integram as equipes de saúde da família e as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias”, Cotta et al (2006) concluíram que é necessário que os profissionais da ESF possuam um nível mais alto de educação em geral e de qualificação profissional. A pesquisa conduzida por Ronzani e Silva (2008) indica que ainda é preciso fazer algumas mudanças na reestruturação do sistema de saúde brasileira, para assim conseguir a efetividade de seus princípios. Além disso, percebeu-se que os profissionais têm expectativas diferentes quanto ao programa, o que pode estar atrapalhando o andamento correto.

3. Procedimentos metodológicos

Dado que o objetivo desse trabalho, classificou-se essa pesquisa como de caráter descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa (VERGARA 2015). Assim, realizou-se um estudo de caso nas unidades de PSF’s localizadas no município de Ituiutaba, Estado de Minas Gerais. Utilizando, portanto, uma pesquisa em profundidade com intenção de servir como estudo preliminar para outros estudos mais diversificados.

As unidades de análise desta pesquisa serão os onze PSF’s do município de Ituiutaba – MG, demonstrado na tabela 1, e os sujeitos de pesquisa, os profissionais que desempenham atividades laborais nessas unidades e que conformam as equipes do programa Saúde da Família. Adicionalmente, também foi realizada uma pesquisa documental, uma vez que foram utilizados documentos oficiais, principalmente leis e decretos que constituem a base para Sistema Único de Saúde e para a Estratégia Saúde da Família, de forma a subsidiar a verificação de atendimento ou não das informações obtidas na pesquisa de campo com as delimitações esperadas a partir do desenho do programa governamental em análise.

Quadro 1 – Unidades de PSF de Ituiutaba

PSF 01	Jardim do Rosário
PSF 02	Alvorada
PSF 03	Novo Tempo
PSF 04	Sol Nascente
PSF 05	Novo Horizonte
PSF 06	Santa Maria
PSF 07	Pirapitinga
PSF 08	Camargo
PSF 09	Independência
PSF 10	Natal
PSF 11	Setor Norte

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A coleta de dados foi resultante de informações primárias e secundárias. Os dados secundários foram obtidos de pesquisa documental, principalmente em leis e decretos, que foi útil para subsidiar as questões a realizadas na coleta de dados primários. Já os dados primários foram obtidos através de entrevista com os gestores dos PSF's (9 gestores) e aplicação de um questionário para os gestores e demais profissionais (72 colaboradores), sendo assim, os sujeitos de pesquisas os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.

Segundo Lakatos e Marconi (1991) e Vergara (2005), a entrevista semiestruturada consiste em uma técnica em que o entrevistador realiza perguntas pré-determinadas, seguindo um roteiro previamente estipulado, podendo haver alterações. Inicialmente, foi utilizado um roteiro para direcionar as entrevistas, onde as questões foram agrupadas em categorias de análise, fundamentadas de acordo com o embasamento teórico, buscando analisar o perfil e a forma de atuação dos profissionais do Programa Saúde da Família, todavia, por ser semiestruturada, ficou assegurado ao entrevistado manifestar-se de acordo com sua construção de sentido. As dimensões da análise e as categorias de análise utilizados nesta pesquisa são apresentadas nas Tabela 1:

Tabela 1 - Perfil e atuação profissional

Dimensões	Categorias de Análise	Foco de Análise	Fontes
I – Perfil profissional	a) Sexo	Identificar qual sexo predominante dos funcionários.	Cotta <i>et al.</i> (2006) e Tomasi <i>et al.</i> (2008)
	b) Faixa Etária	Verificar a faixa etária preponderante.	
	c) Forma de contratação	Analisar como são contratadas as pessoas que trabalham nos PSF.	
	d) Jornada de trabalho	Identificar qual a carga horária dos profissionais	
	e) Escolaridade	Detectar o nível de escolaridade da equipe	
	f) Treinamento para atuar no PSF	Verificar se os profissionais recebem algum tipo de treinamento para atuar na ESF.	
	g) Remuneração	Averiguar o grau de satisfação em relação à remuneração dos profissionais.	
	h) Relacionamento entre os profissionais	Determinar qual o tipo de relação há entre os profissionais	
II – Atuação profissional	a) Formação profissional	Verificar a experiência e a formação pratica dos profissionais.	Cotta <i>et al.</i> (2006) e Ronzani e Silva (2008)
	b) Capacitação dos profissionais	Averiguar se os profissionais recebem algum tipo de capacitação.	
	c) Critérios definidores de uma boa equipe de saúde da família	Identificar quais atributos são necessários para que	

	haja uma boa equipe de saúde da família
d) Dificuldades na atuação	Analisar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cotidiano do trabalho desenvolvido.

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A análise dos resultados dos questionários foi feita através do uso de estatística descritiva. As entrevistas foram gravadas a fim de permitir uma reprodução exata do depoimento do entrevistado, para fins da análise e tratamento de dados, as entrevistas foram transcritas para formato digital, através de um processador de texto. Para a análise dos resultados das entrevistas utilizou-se o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1997), onde a ênfase está no conteúdo e discurso dos argumentos apresentados. Foi assegurado o sigilo e anonimato dos entrevistados.

Os questionários foram aplicados nos meses de abril e maio e as entrevistas foram realizadas em maio e junho de 2019.

4. Discussões e Resultados

4.1. Perfil profissional

Você sabe como é constituída a comunidade de servidores dos PSF do município de Ituiutaba? É isso que esta pesquisa em partes apresenta nos próximos parágrafos.

Após a coleta de dados, com a participação de servidores e gestores, coletou - se informações dos 11 PSF's, um levantamento de dados que vão desde o perfil básico, como gênero e idade, até os as dificuldades enfrentadas no dia a dia. Os questionários foram analisados pela pesquisadora. A pesquisa aprofunda em informações como perfil de renda, salários, a modalidade de contratação dos servidores no PSF, entre outras características e informações que definem o perfil socioeconômico dos servidores das unidades de PSF.

A observação dos PSF's permitiu um olhar aprofundado sobre cada uma. Antes da apresentação do perfil dos servidores, serão apresentados os aspectos funcionais dos PSF's, os enfermeiros também atuam como coordenadores das unidades de PSF's, eles coordenam a equipe de profissionais que ali trabalham, apesar de terem autonomia para resolver as questões do PSF's, possuem uma coordenadora geral, que é quem faz o intermédio dos mesmos com as gestões superiores da Secretaria de Saúde, cada PSF recebe no começo do mês uma quantidade de guia de exames, que são levadas aos laboratórios cadastrados, sendo possível assim fazer exames de sangue, urina e fezes e é liberado um número de consultas com médicos especialistas dentre os quais, cardiologistas, urologistas, neurologistas e outros na Unidade Mista de Saúde, sendo que todos recebem a mesma quantidade, os PSF contam com quatro carros que auxiliam no processo de trabalho, desde a entrega de materiais até as visitas domiciliares. Os PSF estão todos localizados nos bairros do município de Ituiutaba/MG, sendo eles, Alvorada, Novo Tempo, Sol Nascente, Novo Horizonte, Santa Maria, Pirapitinga, Camargo, Natal, Setor Norte e bairro Brasil (no bairro Brasil está situado uma unidade básica de saúde, que conta com dois PSF).

A missão e os objetivos do programa incluem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, onde a família passa a ser o objeto de atenção no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do

processo saúde/doença. Entre os servidores pesquisados os dados mostram uma prevalência do sexo feminino de 88.89% (tabela 2). É preciso levar em consideração que a pesquisa foi realizada com servidores lotados em postos de saúde onde a tendência é contratar mulheres, pois o interesse por essa profissão geralmente é maior entre as mulheres. Em entrevistas os respondentes apontam alguns insights para essa predominância do sexo feminino nos PSF's.

“(...) Eu acho que tem mais mulheres, pois são as mulheres que mais se interessam pela área de saúde, quando eu fiz minha faculdade de enfermagem, por exemplo, só tinha dois homens (...)”.
(Entrevistada A)

“Porque são elas que mais se interessam por mexer com saúde, e também as ACS são em grande quantidade mulheres, no meu PSF só teve um ACS homem até hoje (...). Ah acho que nenhum homem quer ficar visitando a casa dos outros, a saúde da família vai muito de... eu sempre uso esse termo... quanto mais vinculo tem, mais confiança, homem não quer esse serviço (...)” (Entrevistado B).

Outros estudos também mostram esse percentual r de mulheres trabalhando nos PSF's. Um exemplo é a pesquisa de Cotta (2006) que identificou que nos PSF's do Município de Teixeira, MG, o sexo feminino predomina em 57% dos profissionais da equipe, bem como a pesquisa de Tomasi *et al* (2008), que também na mesma linha identificou os mesmos resultados desta pesquisa, o estudo foi feito em 69 UBS do PSF e 51 UBS tradicionais na região sul do país e 79 unidades de PSF e 41 tradicionais no Nordeste e identificou um número maior de mulheres, sendo 3.790 (81%) trabalhadores do sexo feminino e 885 (19%) do masculino.

Em relação à idade dos servidores lotados nas onze unidades de PSF de Ituiutaba/MG, os dados mostram que 37,5% dos servidores estão na faixa etária de 36 a 45 anos. O estudo de Tomasi *et al* (2008) apresenta resultado semelhante, onde há uma maior proporção de trabalhadores de PSF com idade entre 31 e 45 anos. Esse resultado pode indicar que os profissionais encontraram nos PSF uma oportunidade de emprego (tabela 2). No estudo de Ronzani e Silva (2008), onde eles analisaram a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre o Programa Saúde da Família em dois municípios de Minas Gerais, os ACS citam que o fator mais motivador pela escolha do PSF para trabalhar é a oportunidade de emprego, pois não tinham serviço, e que consideraram uma oportunidade de crescimento social, já que muitos vieram do serviço de empregada doméstica.

Tabela 2. Sexo e Idade dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Sexo	Masculino	8	11,11
	Feminino	64	88,89
Idade	18 a 25 anos	2	2,78
	26 a 35 anos	22	30,55
	36 a 45 anos	27	37,5
	46 a 55 anos	20	27,78
	Acima de 56 anos	1	1,39

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A tabela 3 mostra que a principal forma de contratação é através de processo seletivo via CLT (62,5%), não há leis específicas que determinem como todos os profissionais do PSF devem ser contratados, porém, segundo a Lei nº 11.530 de 5 de outubro de 2006, os ACS devem ser contratados mediante processo seletivo público ou concurso público.

A jornada de trabalho é unânime, todos os profissionais trabalham 40 horas semanais (tabela 3), o que mostra uma discrepância com o estudo de Cotta *et al* (2006), já que no

mesmo relata-se que apenas os ACS e os auxiliares de enfermagem cumpriam essa jornada de trabalho, apenas 50% dos médicos e enfermeiros, cumpriam esse horário, os demais trabalhavam seis horas por dia. Isso demonstra que as equipes dos PSF's de Ituiutaba seguem corretamente a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que “recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.”

Tabela 3. Forma de Contratação e Jornada de Trabalho dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Forma de Contratação	Concurso Público	7	9,72
	Processo Seletivo (CLT)	45	62,5
	Contrato	15	20,84
	Outro	5	6,94
Jornada de Trabalho	20 horas semanais	0	0
	30 horas semanais	0	0
	40 horas semanais	72	100
	Outra	0	0

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Sobre o nível de escolaridade dos profissionais dos PSF, conforme mostra na tabela 4, 55,56% dos profissionais possuem um alto grau de instrução, sendo que apenas (1,39%) não possuem pelo menos o ensino fundamental completo. No estudo de Cotta *et al* (2006), o nível de profissionais que não possuem pelo menos o ensino médio completo alcança um percentual maior, chegando em 14,3% dos profissionais, assim como no estudo Santos *et al* (2011) que apresenta um percentual de 13,2% dos profissionais.

Tabela 4. Nível de Escolaridade dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Nível de Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	1	1,39
	Ensino Fundamental Completo	0	0
	Ensino Médio Incompleto	0	0
	Ensino Médio Completo	23	31,94
	Ensino Superior Incompleto	8	11,11
	Ensino Superior Completo	21	29,16
	Pós Graduação	19	26,4

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Foi verificado que 52,78% dos profissionais não receberam nenhum tipo de treinamento para trabalhar no PSF (tabela 5), o que pode explicar o porquê de 51,39% dos mesmos considerarem que as informações que possuem são insuficientes para o exercício de sua função (tabela 6).

Essa falta de capacitação também foi verificada nas entrevistas, todos os respondentes falaram que não tiveram nenhuma capacitação, abaixo alguns trechos que demonstram o mesmo.

“(…) Não, pra esse serviço não (…)” (Entrevistado B).

“(…) Não, foi vai pra lá e faz ainda mais naquela época (…)” (Entrevistado C – trabalha em PSF há quase 9 anos.)

(…) Não, não tive nenhuma capacitação não, acho que só as ACS que têm algum treinamento quando entram. (…)

Tabela 5. Treinamento para atuar no PSF dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Treinamento	Sim	34	47,22
	Não	38	52,78

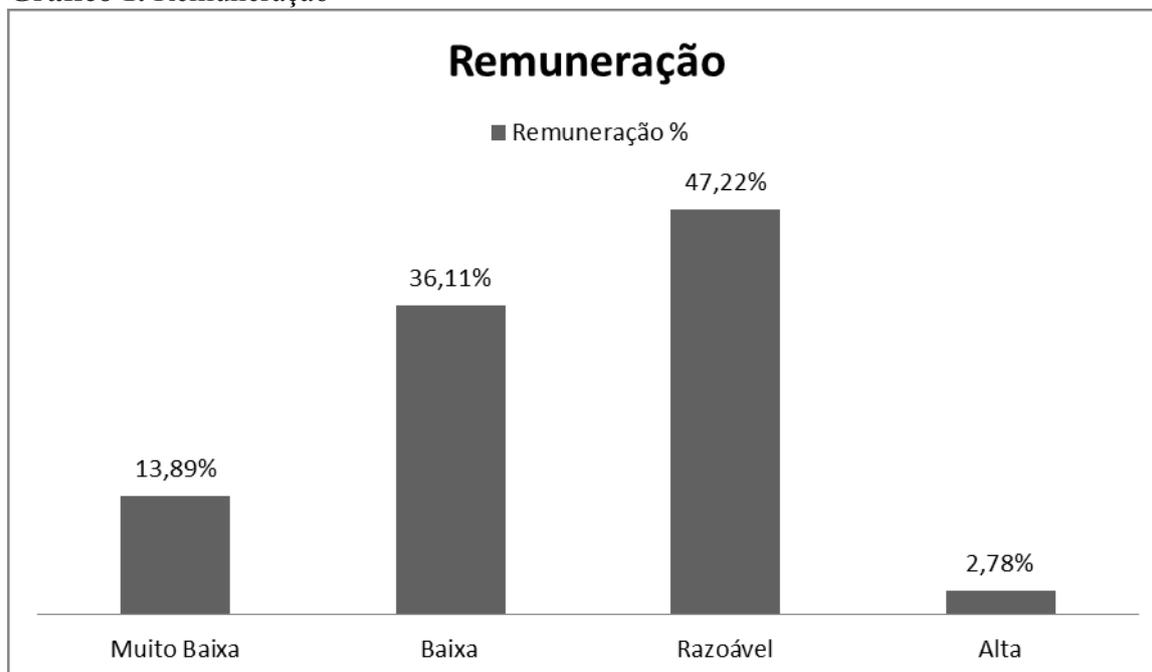
Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Tabela 6. Quantidade e Qualidade das informações para atuar no PSF dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Quantidade e Qualidade das Informações	Sim	35	48,61
	Não	37	51,39

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Os servidores relataram que as remunerações percebidas são razoáveis (47,22%) para o exercício da função, porém 50% dos servidores consideram baixa ou muito baixa, o que podemos perceber no gráfico 1. Em um estudo similar, Cotta *et al* (2006), encontrou resultado parecido, 43% dos entrevistados consideravam sua remuneração razoável e 50% dos servidores avaliam seu salário de forma baixa ou muito baixa.

Gráfico 1. Remuneração

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Os dados mostram que a 68,05% dos profissionais consideram que possuem uma boa relação com a sua equipe, sendo que apenas 4,17% dos mesmos relataram que há muita divergência nas equipes. (tabela 7).

Tabela 7. Relacionamento com a equipe dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Relacionamento com a equipe	Boa Relação	49	68,05
	Indiferença	2	2,78
	Cooperação Mútua	18	25
	Muita Divergência	3	4,17

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Por fim pesquisas sobre perfil sócio demográficos de servidores dos PSF's, realizada a partir de estudos de Cotta *et al* (2006) e Tomasi *et al* (2008), mostram algumas semelhanças e também certas diferenças em relação ao nosso estudo com os servidores dos PSF's no município de Ituiutaba.

Entre as semelhanças estão o maior percentual de mulheres trabalhando nos PSF's e também a prevalência de servidores da faixa etária de 31 a 45 anos. Entre as diferenças que aparecem na comparação dos estudos, está a jornada de trabalho, enquanto essa pesquisa identificou que todos trabalham em jornada diária de 8 horas, no estudo de Cotta (2006), 50% dos enfermeiros e médicos trabalham 6 horas diárias. Também foi identificada uma diferença considerável em relação aos profissionais que possuem pelo menos ensino médio completo.

4.2. Atuação profissional: dificuldades e facilidades dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para assistir a comunidade

Nesta seção foram identificadas e analisadas ações prestadas, facilidades e dificuldades enfrentadas na atuação profissional dos servidores que atuam na assistência à saúde da família nos PSF's do município de Ituiutaba/MG.

De acordo com as entrevistas 66,67% dos profissionais atuam nos PSF's a menos de quatro anos e os mesmos juntamente com os outros 33,33% dos profissionais que já trabalham a mais de oito anos relatam que não receberam nenhum tipo de capacitação para exercer esse tipo específico de serviço, essa informação nos ajuda a reforçar a constatação dos questionários que apontaram que 52,78% de todos os profissionais dos PSF's não tiveram nenhum treinamento para exercer suas funções (tabela 4).

Os achados mostram que a maioria dos profissionais afirma existir facilidades em relação à autonomia na sua atuação nos PSF's, conseguindo resolver os problemas de sua comunidade, sem interferência, o trecho abaixo extraído de uma entrevista reforça isso:

“(...) Não, interferência não tem não, consigo resolver sim, a não ser coisas que já fogem da minha, do enfermeiro, que depende de outros serviços, como a unidade mista (...)” (Entrevistada D)

Também houve unanimidade na resposta sobre o motivo que levou os coordenadores a se interessar a trabalhar nos PSF's, sendo a principal resposta, o salário, os mesmos afirmam que os PSF's de Ituiutaba são o lugar onde pagam os melhores salários para os enfermeiros.

Todos os entrevistados afirmam não haver facilidades para assistir as pessoas na ESF, mencionaram a falta de profissional como a principal dificuldade enfrentada. Diferentemente da situação encontrada no estudo de Cotta *et al* (2006), no qual mostra que a principal dificuldade apontada para realização de suas atividades é o transporte, no nosso estudo o transporte foi a quarta dificuldade mais citada. Já no artigo de Ronzani e Silva (2008), as dificuldades apontadas pelos gestores são a incompreensão da população quanto aos objetivos do PSF, a formação dos profissionais e a dependência dos usuários em relação ao agente comunitário. Na tabela 7, dificuldades enfrentadas nos PSF's, podemos ver as principais dificuldades de acordo com os entrevistados.

Tabela 7 - Dificuldades enfrentadas nos PSF's

Dificuldades enfrentadas	Resultados	(%)
Falta de profissional	9	100
Falta de exames	7	77,78
Falta de médicos especialistas	6	66,67
Transporte	5	55,56
Falta de equipamentos	5	55,56
Falta de anticoncepcionais	3	33,33
Implantação do prontuário eletrônico	1	11,11

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A principal dificuldade está na falta de profissionais, segundo os entrevistados, os PSF's de Ituiutaba estão trabalhando sem a equipe mínima exigida, o que está prejudicando consideravelmente alguns serviços oferecidos pela PSF, porém salientaram que a coordenação geral está empenhada em solucionar esse problema.

A falta de exames foi a segunda dificuldade mais citada, os coordenadores relataram que a cota de guias de exames de rotina do PSF é pouca, sendo que, depois do dia dez do mês, é pouco provável que um paciente encontre guias de exames no posto. Apesar de o transporte ter sido citado por mais de 50% dos entrevistados, foi exposto que o problema maior ocorreu no começo do ano, quando a prefeitura fez alguns cortes de gastos, que incidiu na gasolina liberada para os carros do PSF, assim o problema não era a falta de veículos e sim a falta de combustível, o que segundo os entrevistados já está normalizando.

Algumas dificuldades não foram citadas diretamente pelos coordenadores na hora da pergunta específica, porém apareceram no decorrer da entrevista, como, por exemplo, em relação à infraestrutura, quando perguntados como avaliam a infraestrutura existente nos PSF's e se a mesma atrapalha na execução de suas funções, 77,78% dos entrevistados avaliaram de forma negativa, como podemos perceber nos trechos abaixo extraídos das entrevistas:

“Péssima, porque por mais que pintou, arrumou o telhado, não tem sala certa, não tem nada (...). Me atrapalha, teria que ter todas as salas separadas, medicamentos.”
(Entrevistada B).

(...) Aqui não tá muito bom não, quando chove tem umas goteiras né, mais aqui é um prédio até novo, tem PSF bem pior. (Entrevistada F).

Outra dificuldade que podemos citar na mesma linha de análise, é a dificuldade com a população, no decorrer das entrevistas 33,33% dos coordenadores relatam que a população às vezes não compreende o papel do PSF, que só buscam o PSF quando os problemas de saúde já se agravaram, precisando de cuidado imediato, o que foge do que a Programa da saúde da família prega que é promoção e prevenção da saúde. Esse mesmo ponto, também foi relatado no trabalho de Ronzani e Silva (2008), onde os auxiliares/técnicos de enfermagem citam a dificuldade do usuário em entender as propostas da PSF.

Quanto às ações realizadas pelas equipes da PSF junto à população, relacionadas à atenção primária os coordenadores relataram que a instituição não reconhece a importância do PSF para a comunidade, tanto que uma entrevistada relata ouvir com frequência comentários sobre a pretensão fechar os PSF's e abrir postos de saúde.

Ademais, 44,44% profissionais quando perguntados sobre os critérios definidores de uma boa equipe mencionaram a responsabilidade e o comprometimento, a relação interpessoal também foi citada por 22,22% profissionais. Em corroboração à literatura, esses critérios são citados no estudo de Ronzani e Silva (2008), onde eles apontam a necessidade de desenvolvimento de atributos pessoais entre os trabalhadores.

A maioria dos profissionais afirma efetuar atividades em conjunto em suas unidades. Consoante à literatura, o trabalho em equipe constitui-se pilar organizativo do modelo de atenção baseado no cuidado às famílias e comunidades por equipes multidisciplinares atuando de modo interdisciplinar no enfrentamento dos complexos fatores de risco condicionantes e determinantes do processo saúde/doença das populações assistidas pela PSF.

Urge a gestão local entender como uma tarefa primordial que a assistência à comunidade na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde, passíveis de levar a deficiência ou ocasionar incapacidade funcional de pessoas no município.

5. Considerações Finais

A presente pesquisa teve a finalidade de identificar e analisar o perfil profissional dos servidores que atuam nos PSF, bem como das dificuldades e problemas enfrentados na atuação no Programa da Saúde da Família (PSF) no município de Ituiutaba-MG. A partir dos resultados apresentados anteriormente, pode-se concluir em relação ao perfil profissional dos servidores dos PSF's, que a sua maioria é constituída por profissionais do sexo feminino, reforçando os achados encontrados por outros pesquisadores que também mostram a predominância de mulheres no setor de saúde, mais de 65% dos profissionais possuem idade entre 26 e 45 anos. A principal forma de contratação é por processo seletivo via CLT e 100% dos profissionais trabalham 40 horas diárias.

Ainda sobre no mapeamento do perfil profissional dos servidores que militam nas estratégias saúde família, constatou-se também que a maioria possui um nível de escolaridade alto, sendo que cerca de 32% possui o ensino médio completo e mais de 29% possuem o ensino superior completo, a remuneração, é considerada por 50% dos profissionais, baixa ou muito baixa, e 68,05% dos profissionais consideram que possuem um bom relacionamento com a sua equipe.

Por outro lado, os resultados mostram que as principais dificuldades enfrentadas pelos servidores que atuam no programa saúde família foram, a existência de um baixo quadro de profissionais ante a demanda por serviços no programa saúde família, a falta de exames de rotina, como de sangue, urina e fezes para diagnósticos e prevenção de doenças e a falta de médicos especialistas, especialmente, cardiologistas, urologistas, neurologistas em número suficientes para atender a demanda da comunidade.

Neste estudo foi possível depreender, corroborando com os autores estudados, que as dificuldades enfrentadas na atuação dos servidores dos PSF's tijuquanos, foram também identificadas por outros pesquisadores em outros estudos nas diferentes regiões do país.

Este trabalho possibilitou, portanto, extrair algumas recomendações para a gestão pública municipal, dentre elas a) investir na contratação de profissionais, tanto para a composição da equipe mínima necessária para o pleno funcionamento da Estratégia Saúde da Família, quanto de médicos especialistas; b) oferecer cursos de capacitação/qualificação para seus profissionais e c) melhorias nas condições de trabalho, desde a infraestrutura, aquisição de equipamentos até a valorização dos profissionais.

6. Referências

- AGUM, R; RISCADO, P.; MENEZES, M. **Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão**. Revista Agenda Política, v. 3, p.12-42, jul – dez. 2015.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n.1, p. 319- 325. 2011.
- BRASIL. **Lei 11.530**, de 5 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 nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm> Acesso em 15 de junho de 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 15 de junho de 2019.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 2012.

CARVALHO, M. C. A. **Participação Social no Brasil Hoje**. São Paulo: POLIS 1998.

COELHO, V. S. P. **Conselhos de Saúde Enquanto Instituições Políticas: o que está faltando?**. In, COELHO, V. S. P. **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004.

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**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 de maio 2018.

SCOREL, S; GIOVANELLA L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.21, n.2. 2007.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun, p 743-752. 2009.

LANCMAN, S; BARROS, J. O. , **Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces**, *Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2011.

MACIEL, M. E. D.. **Educação em saúde: conceitos e propósitos**. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba – Paraná, v. 14, n. 4, p. 773-776, out-dez. 2009.

MARTINES, W. R. V, CHAVES, E. C. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família**. *Revista da escola de enfermagem da USP*, v.41, n. 3, p. 426-433. 2007.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios estudos avançados**, p.27-78. 2013.

OLIVEIRA, S. F.; ALBURQUEQUE F. J. B. **Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço**. *Psicologia & Sociedade* [online]. V.20, n.2, p.237-246, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 27 de abril 2018.

PAULI, L. T. S.; ARTUS, S. C.; BALBINOT, R. A. A. 2003 - **A perspectiva do processo saúde/doença na promoção de saúde da população**. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, v.4, n.3, p. 24-42, Nov. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81032>>. Acesso em: 25 de abril 2018.

RIBEIRO, E. M. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v.12, n. 4, p.658-664, jul-ago. 2004.

RONZANI, T. N.; SILVA, C. M. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n.1, p. 23- 34. 2008.

ROSA, T. C. S.. **A constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil**. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 2012.

- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência**. Revista Latino-Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 1027-1034, nov - dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016>.
- SANTOS, K. T. dos et al . **Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de junho 2019.
- SOUSA, M. F.; HAMANM, E. M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1325-1335. 2009.
- TATAGIBA, L. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil**. In: DAGNINO, Evelina (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, p. 47-103. 2002
- TOMASI, E. et al . **Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.193-201. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de maio 2019.
- VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n.2, p. 443-453. 2007.
- VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (a) para participar da pesquisa intitulada **“Estratégia Saúde da Família: Uma análise do perfil profissional e da forma de atuação de servidores do Programa da Saúde da Família (PSF) no município de ITUIUTABA-MG”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Ana Paula Camargo de Freitas Marques e Prof. Dr. Victor Manuel Barbosa Vicente, todos da FACES/UFU.

Nesta pesquisa nós buscamos analisar o perfil profissional e a forma de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nas onze unidades dos PSF's localizados em Ituiutaba, a saber, PSF's Jardim do Rosário, Independência, Alvorada, Novo Tempo, Sol Nascente, Novo Horizonte, Santa Maria, Pirapitinga, Camargo, Natal e Setor Norte, pela perspectiva dos colaboradores que ali atuam.

Na sua participação, você deverá responder o questionário a seguir. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Para responder a pesquisa você levará aproximadamente 15 minutos, e não terá nenhum gasto financeiro.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Aluna Ana Paula Camargo de Freitas Marques - aninhapaula1445@hotmail.com

Prof. Dr. Victor Manuel Barbosa Vicente - victorvicente@ufu.br

Sua participação nesta pesquisa é de extrema importância. Agradecemos sua colaboração.

Questionário

I – Perfil profissional

1. Sexo

- Masculino Feminino

2. Faixa Etária

- 18 a 25 anos 46 a 55 anos
 26 a 35 anos acima de 56 anos
 36 a 45 anos

3. Forma de Contratação

- Concurso Público Contrato
 Processo Seletivo(CLT) Outro

4. Jornada de Trabalho

- 20 horas semanais 40 horas semanais
 30 horas semanais Outra

5. Nível de Escolaridade

- Ensino Fundamental Incompleto Ensino Superior Incompleto
 Ensino Fundamental Completo Ensino Superior Completo
 Ensino Médio Incompleto Pós Graduação
 Ensino Médio Completo

6. Fez algum tipo de treinamento/cursos de capacitação para atuar no PSF

- Sim Não

7. Você considera que a quantidade e a qualidade das informações que possui para o exercício da sua função são suficientes?

- Sim Não

8. Remuneração

- Muito baixa Razoável
 Baixa Alta

9. Como é o seu relacionamento com a sua equipe

- Boa relação
 Indiferença
 Cooperação mútua
 Muita divergência

Roteiro de entrevista

II – Principais problemas e dificuldades enfrentadas na atuação

Há quanto tempo atua no PSF?

Você teve alguma capacitação para esse serviço?

Qual a sua formação prática?

Motivo que levou a se interessar em trabalhar no PSF's?

Você largaria o PSF se encontrasse um emprego melhor?

Quais critérios você considera como definidores de uma boa equipe?

Na aplicação dos questionários encontramos uma predominância do sexo feminino, por que você acha que isso ocorre?

Como é o seu cotidiano no PSF?

Qual têm sido o compromisso e envolvimento da PSF com a comunidade?

Como é o clima organizacional no posto?

Há hoje autonomia para a atuação dos servidores nos PSF's?

Tem muitas faltas ao trabalho (Absentéismo)? Sim/não? Por quê?

Fale um pouco sobre o relacionamento interpessoal no PSF?

Você enfrenta muitas dificuldades? Cite quais são as principais dificuldades enfrentadas?

A tua instituição reconhece a importância do seu trabalho para a comunidade? Por quê?

Como você avalia a infraestrutura existente nos PSF? Elas te ajudam ou te atrapalham na execução de suas funções cotidianas?