

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Nidia Fantinel Sanchez**

**O TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAQUI**

**ITAQUI – RS**

**2012**

**NIDIA FANTINEL SANCHEZ**

**O TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAQUI**

Relatório de pesquisa apresentado a UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS como requisito para a elaboração da monografia de conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Diogo Joel Demarco  
Coorientadora: Prof. MS. Fabiane da Costa e Silva

**ITAQUI-RS  
2012**

“Feliz aquele que transfere o que sabe e  
aprende o que ensina”

Cora Coralina

**RESUMO**

Buscou-se com este estudo conhecer o perfil dos profissionais de nível superior em atividade nas equipes de Estratégia de Saúde da Família de Itaquí, conhecer as perspectivas destes em relação ao seu trabalho nestas unidades em relação a comunidades assistida. Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo tendo como referencial as discussões de diferentes autores sobre a temática abordada. A coleta de dados foi realizada através de questionários aplicada aos enfermeiros, dentistas e médicos em atividade nas unidades de ESF. O Estudo mostrou que estes profissionais consideram possuir conhecimentos básicos sobre a estratégia a qual estão inseridos e destacam fatores como horário fixo e salário como importantes para a escolha pelo trabalho na estratégia. Destacam que a atuação das equipes é diferenciada ao modelo anteriormente proposto a comunidade na qual estes estão inseridos atualmente, preocupada com o indivíduo como um todo e focalizada na prevenção das doenças. Conclui-se que os profissionais de Itaquí buscam exercer as atividades de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde, mas referem como fatores que poderiam qualificar seu trabalho a estrutura das unidades e a relação com a Secretaria Municipal da Saúde e colocam a questão salarial como determinante para a escolha de trabalhar na ESF e também influente no desempenho.

Descritores: saúde da família, atenção primária à saúde, políticas de saúde

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1: Profissionais que Trabalham nas ESF em Itaquí – Janeiro 2012.....17**

**Tabela 2: Salário Oferecido para ESF em Itaquí – ABRIL 2012.....17**

**Tabela 3: Índice do Mortalidade infantil –Itaquí.....18**

## SUMÁRIO

	<b>PÁGINAS</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>13</b>
3.1 Atenção Básica em Saúde no Brasil	13
3.2 A Estratégia de Saúde da Família	14
3.3 Estratégia da Saúde da Família em Itaqui	16
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Caracterização dos Profissionais que Atuam nas Equipes de Saúde da Família de Itaqui</b>	<b>20</b>
<b>4.2 O trabalho nas ESF</b>	<b>21</b>
4.2.1 Gosto Pela Saúde Pública	21
4.2.2 Remuneração	21
4.2.3 Horário	22
4.2.4 Atividades Inerentes das Equipes De ESF	22
<b>4.3 A Equipe e a Comunidade</b>	<b>23</b>
4.3.1 Comprometimento	23
4.3.2 Dificuldades em Alcançar os Objetivos	24
<b>4.4 Fatores que Influenciam o Desempenho das Equipes</b>	<b>24</b>
4.4.1 Salário dos Profissionais	25
4.4.2 Relação com a Secretaria Municipal da Saúde	26
4.4.3 Estrutura das Unidades	26
<b>4.5 A ESF como novo modelo de Assistência</b>	<b>27</b>
4.2.1 Prevenção	28

4.5.2	Enfoque na Saúde e Não na Doença	28
		<b>PÀGINAS</b>
<b>5</b>	<b>Considerações Finais</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>32</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os profissionais das ESF</b>	<b>34</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família é modelo de atenção básica à Saúde adotado no Brasil desde 1994, é vista como importante instrumento na mudança do modelo de assistência tradicional e de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como alicerce nas suas atividades os princípios deste sistema.

O modelo de atenção em saúde inicialmente proposto como programa é entendido e apresentado pelo Ministério da Saúde como Estratégia, enfocando seu caráter mais definitivo como modelo de atenção básica, já que o termo programa reporta a uma atividade com início, meio e fim.

A recente publicação do DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, define conceitos importantes e já consagrados no SUS, oficializando a Atenção Primária prestada também nas equipes de ESF, como porta de entrada do sistema e como ordenador do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

A expansão no número de equipes de saúde da família no Brasil foi notável, passando de 3.062 equipes em 1998 para 32.079 em agosto de 2011, segundo dados do DAB (Departamento de Atenção Básica). Essa evolução no número de equipes não veio acompanhada da preparação dos profissionais para atuarem nessas unidades.

No entanto, mesmo após tantos anos de concepção, esta estratégia ainda encontra dificuldades como o provimento e fixação de médicos para Estratégia de Saúde da Família, o que motivou a criação da portaria nº 2.027 de 25 de agosto de 2011, que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família. A proposta prevê três possibilidades para a jornada de trabalho dos médicos: dois médicos podem trabalhar 20 horas semanais em uma mesma equipe ou dois médicos podem trabalhar 30 horas semanais numa equipe ou ainda três médicos podem atender 30 horas semanais em duas equipes. Em



alguns casos há prejuízo em relação aos valores repassados pelo Ministério da Saúde para financiamento das equipes.

Ronzani, (2006) relata que as Unidades de Saúde da Família (USF) têm se expandido sem um controle mais rígido destes serviços. A autora ressalta que se observa uma inadequação da formação dos profissionais da equipe e uma dissonância entre a política de saúde proposta e o dia-a-dia do profissional.

A ampliação e implantação de equipes de Estratégias de Saúde da Família são amplamente estimuladas pelos diversos níveis de governos e trata-se de uma importante alternativa encontrada na qualificação do atendimento prestado na atenção básica aos usuários, já que tem como importante recurso a promoção da saúde e prevenção de doenças aos moradores da sua área de cobertura.

Sua implantação vem se dando de forma heterogênea, predominando em municípios cujo número de habitantes não esteja situado em faixas extremas, ou seja, municípios que não sejam muito pequenos ou demasiadamente grandes (Campos *et al.*, 2002).

Itaqui, município de aproximadamente 38 mil habitantes, segundo dados do IBGE 2010, encontra-se na faixa dos municípios que apresentaram expansão significativa nos últimos anos, não se classifica como demasiadamente grande ou pequeno.

Ademais, há motivação particular no desenvolvimento deste estudo tendo em vista que minha trajetória profissional teve início em Itaqui, nos primeiros anos de implantação dos então denominados Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família. Acompanhei na condição de enfermeira do PACS e do Centro de Saúde de Itaqui a transição do modelo de assistência com o início das atividades nos bairros onde foram sendo implantadas as unidades. Posteriormente fui convidada a assumir a função de Secretária Substituta no município e percebi a dificuldade em implantar novas equipes e manter as em atividade motivadas e completas, principalmente no que se refere aos profissionais de nível superior.

Diante das informações acima descritas este estudo buscará compreender quais as percepções dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família de Itaqui na consolidação da Estratégia como instrumento de qualificação da

atenção básica em saúde no município. Serão investigadas junto aos profissionais que atuam nessas unidades quais razões dificultam a consolidação da estratégia e a implementação das ações propostas neste modelo de atenção.

Assim, visando responder a questão de pesquisa acima descrita, é objetivo geral deste estudo investigar o perfil dos profissionais de nível superior que atuam nas equipes de saúde da família de Itaqui e saber qual a percepção destes profissionais em relação ao seu trabalho nestas unidades em relação a comunidades assistida

Para o alcance do objetivo geral do estudo são objetivos específicos do mesmo:

- Caracterizar a implantação da estratégia de Saúde da Família no município de Itaqui-RS.
- Traçar o perfil dos profissionais de nível superior em atuação nas equipes de saúde da família de Itaqui-RS.
- Identificar o conceito de saúde da família dos profissionais de nível superior em atuação nas equipes de saúde da família de Itaqui-RS.
- Identificar a percepção dos profissionais em atuação no município sobre as mudanças ocorridas à partir da introdução de um novo modelo de atenção a saúde.

Serapioni (1999) em seu estudo sobre a visão dos usuários e dos profissionais de saúde destaca que na qualidade em saúde deve ser considerada a satisfação do usuário, mas junto a outros elementos, como a satisfação dos profissionais e a eficácia do cuidado médico. Para este fim é preciso considerar também outros fatores objetivos, como a aceitabilidade, a adequação do processo de diagnóstico e terapia, o comportamento dos médicos e dos outros profissionais diante dos pacientes, a rapidez da resposta ao requerimento de tratamento etc. (SERAPIONE, 1999 p84).

Assim, o propósito deste trabalho é conhecer o trabalho nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Itaqui a partir do ponto de vista dos profissionais em atuação nas equipes de saúde da família do município.

O presente estudo se justifica pela necessidade de serem conhecidas as expectativas e percepções dos profissionais em atuação nas equipes de saúde da família sobre a manutenção desta estratégia no nível municipal já que esta é uma importante política pública da área da saúde. No relatório final da II Conferencia Municipal de Saúde de Itaqui, realizada em 2007, duas questões foram levantadas e incluídas nas propostas aprovadas na plenária final: a regulamentação na forma de contratação e permanência dos profissionais nas ESF e a implantação de novas unidades. A ideia de ampliação no número de unidades também constou no relatório final da III Conferencia Municipal de Saúde em 2011, sugerindo uma satisfação da comunidade local com este modelo de assistência.

Para Oliveira e Albuquerque (2008), devemos sempre considerar a importância de se conhecer as crenças dos profissionais de saúde que trabalham na ESF, pois estas se constituem como formas de compreensão de sua realidade e podem apontar os fatores positivos e negativos que influenciam a otimização desta ação pública.

O presente trabalho está assim organizado. O capítulo 1, ora apresentado, traz a introdução, os objetivos e justificativa deste estudo. No capítulo 2 apresenta-se a metodologia utilizada no estudo. No capítulo 3 apresenta-se o referencial teórico que dá suporte ao mesmo, versando sobre atenção básica em saúde, a estratégia da saúde da família no Brasil e sua implantação no município de Itaqui.

## 2. Metodologia

Este estudo é do tipo qualitativo e seu objetivo é exploratório, tratando sobre a opinião dos profissionais de nível superior em atuação nas estratégias de saúde da família em Itaqui a respeito da implantação e manutenção das equipes de saúde da família no município.

De acordo com Silveira (2009), a pesquisa é a atividade nuclear da ciência. Ela possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar. A pesquisa é um processo permanentemente inacabado. Processa-se por meio de aproximação sucessivas da realidade, fornecendo-nos para uma intervenção no real. (SILVEIRA D.T. CÓRDOVA P.C., 2009 p 31)

Segundo Minayo (2001), a Pesquisa Qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MIYNAIO, 2001,p.14)

Para Gil (2007) a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Os sujeitos desta pesquisa são os profissionais de nível superior em atuação nas três equipes de Estratégia de Saúde da Família de Itaqui-RS. Foram realizadas entrevistas através de questionários com 5 questões objetivas (Anexo A) estruturados com em oito profissionais, que correspondiam a totalidade dos profissionais de nível superior em atividades nas equipes, já que uma dentista encontrava-se em licença saúde no período da pesquisa. As entrevistas ocorreram na primeira quinzena do mês de fevereiro de 2012.

As informações coletadas serão categorizadas conforme sugere Minayo (1994) utilizando a proposta de Bardin (1977). Esta proposta esta organizada em

três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Para tanto, serão utilizadas técnicas de análise de conteúdo das respostas coletadas através do questionário. Conforme Minayo (1994) “trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de atingir tudo isso”. (MINAYO,1994,p.70)

Os dados categorizados foram ilustrados por alguns relatos em que o anonimato dos atores envolvidos será garantido pelo uso de codinomes: E1, E2 e E3 para os enfermeiros, D1 e D2 para os dentistas e M1, M2 e M3 para os Médicos.

### 3. Referencial Teórico

Visando atender os objetivos desta pesquisa o referencial teórico abordará os seguintes aspectos: atenção básica em saúde e a estratégia da saúde da família em Itaquí e qualidade no atendimento em saúde. Estas serão as categorias utilizadas para analisar a percepção dos profissionais que atuam no ESF no município de Itaquí.

#### 3.1 A Atenção Primária em Saúde no Brasil.

No Brasil, atenção primária deu seus primeiros passos no início dos anos de 1940 com a concepção do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que foi pioneira na criação de unidades de atenção primária à saúde, as quais articulavam ações preventivas e curativas, mesmo que restritas ao campo das doenças infecciosas, o que configurou o primeiro ciclo de expansão da APS (Mendes, 2002).

Santos (2009) relata que anteriormente a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) o estado garantia benefícios “previdenciários” de assistência à saúde ao trabalhador com a finalidade de proteger a mão-de-obra e, conseqüentemente, o capital. Não era intenção do Estado garantir serviços de assistência à saúde curativa à todos. O que se buscava era proteger a força de trabalho, por isso a assistência curativa se enquadrava entre os benefícios da previdência social; por outro lado o Estado havia de proteger a sociedade dos riscos epidemiológicos que poderiam atingir toda a estrutura social. Assim, a vigilância sanitária, as campanhas de combate às doenças epidêmicas, como febre amarela, tuberculose, hanseníase, varíola e outras medidas de saneamento e higiene coletivas eram atribuições do Estado (SANTOS 2009 p.202).

No Brasil, a reforma do sistema de saúde foi encabeçada pelo chamado movimento da reforma sanitária. Este movimento foi articulado por sanitaristas e outros setores da sociedade no sentido de se fazer uma reforma do antigo sistema. Poderíamos dizer que a criação do SUS foi resultado dessa luta, que incorpora na constituição de 1988 vários princípios e diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde. (RONZANI,2003 p.10)

Com a Constituição de 1988, abandonou-se um sistema que considerava a saúde pública como dever do estado apenas no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade e assumiu-se que o dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas públicas, além da prestação de serviços públicos de recuperação,

a criação de políticas públicas à favor de implantação de programas como a os Programas de Saúde da Família (PSF), que posteriormente será denominados Estratégia de Saúde da Família (ESF), destinadas a apresentar um novo modelo de assistência preocupado, em sua essência, com a promoção da Saúde e a prevenção de doenças.

Para Takeda apud in Silva (2009) a atenção primária corresponde as necessidades de saúde da população realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integra os cuidados quando há mais de um problema; lida com o contexto no qual existe a enfermidade; e influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (SILVA, 2009 p.25).

### 3.2. A Estratégia de Saúde da Família

A década de 90 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde no começo da nova década é uma realidade inquestionável. (BODSTEIN, 2002 p402).

O surgimento do SUS em 1990 e a descentralização dos atendimentos em saúde motivou a assistência preocupada em atender a comunidade em seu próprio ambiente, modificando o perfil anterior centralizado em hospitais. Assim a atenção básica deu início a sua reestruturação e parte desta se deve ao PSF.

A origem do Programa de Saúde da Família está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na região nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre eles, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma. (BRASIL,2003 p.113)

O Ministério da Saúde apresenta o Programa de Saúde da Família como uma nova estratégia do setor saúde que não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada a permanente defasa da vida do cidadão.

O PSF se apresenta como uma estratégia assistencial em que a família e o seu meio social são o foco de ação. Esta estratégia apresenta as seguintes diretrizes e características básicas: o PSF é a porta de entrada para o sistema de saúde; visa a integralidade dos níveis de atenção; existe uma definição do território a ser atendido a partir do critério populacional; as ações devem ser realizadas numa relação multiprofissional (Souza, 2001.)

Para o Ministério da Saúde (2003) o ideário do Programa de Saúde da Família, calçado nos princípios da reforma sanitária, assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2008), quanto menor o porte populacional do município, mais alta a cobertura populacional da Saúde da Família e mais acelerada a expansão. É importante destacar que em um município de 20 mil habitantes seis Equipes de Saúde da Família cobrem 100% da população, esse mesmo número de equipes cobre apenas cerca de 30% da população de um



município com 80 mil habitantes. Ou seja, a expansão de cobertura em municípios grandes exige maior disponibilidade de recursos de ordem organizacional, político-institucional e financeiro (BRASIL, 2008).

As equipes de saúde da família trabalham com uma população adstrita, ou seja, com um número fixo de famílias. De uma forma geral, recomenda-se que cada ESF assista de 600 à 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe mínima de uma ESF seja composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro à seis ACS. Outros profissionais da Saúde poderão ser incorporados a esta equipe. Essa equipe deve ter como atribuições básicas: conhecer a realidade das famílias assistidas; identificar os problemas de Saúde mais comuns e as situações de risco as quais as famílias estão expostas; promover a saúde através da educação. (BRASIL, 2000)

### 3.3. Estratégia da Saúde da Família em Itaqui

O município de Itaqui está localizado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, entre os municípios de Uruguai e São Borja, tendo fronteira fluvial através do Rio Uruguai com a Argentina. Segundo dados do censo demográfico 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Itaqui tem uma população de 38.159 habitantes.

A rede de atenção básica de Itaqui é composta por um Centro de Saúde, um CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial) e outro em processo de implantação, uma unidade móvel de saúde, cinco unidades básicas de saúde (UBS) nos bairros e três Estratégias de Saúde da Família com equipes de Saúde Bucal. Possui ainda um Plantão de urgências e emergências no Hospital São Patrício de Itaqui.

As três unidades de ESF em funcionamento no município cobrem 34,5% do município e estão distribuídas em ESF Promorar, ESF Vila Nova e ESF José da Luz. Todas possuem atendimento odontológico.

As ESF de Itaqui surgiram à partir de unidades de saúde já existentes nos bairros e foram adaptadas para atender aos moldes preconizados pelo programa. Desde o início das atividades os profissionais que atuam na estratégia são contratados pelo município por contratos temporários (regidos pelo CLT) à exceção de 2009 quando as estratégias foram gerenciadas por uma OSCIP, que manteve o mesmo quadro de pessoal que já estava em atividade. Todavia, a forma de contratação já foi abordada na II Conferência Municipal de Saúde de Itaqui em 2007, quando o plenário aprovou a proposta para a regulamentação da forma de contratação e permanência dos profissionais nos programas de saúde da família como proposta que constou no seu relatório final, que até o momento ainda não foi implementada. Na atualidade esta tramitando um processo para seleção de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público com o objetivo de gerenciar as equipes de Itaqui (OSCIP), após a conclusão deste os profissionais que atuarão nas equipes serão de responsabilidade da mesma.

Ao Implantar novas políticas públicas no município há a necessidade de ampliar o quadro de pessoal para a execução destes projetos e este vem sendo o desafio dos gestores municipais que aderem a essas estratégias. A preocupação em atender a Lei de responsabilidade fiscal que entre outras imposições limita gastos com pessoal tem estimulado a mediação da execução de programas por cooperativas, fundações e OSCIPS.

Assim, Mendonça (2010) observa que a Estratégia de Saúde da Família é uma das políticas setoriais fortemente impactada por este novo arranjo político-institucional, como demonstram diversos estudos que evidenciam um percentual elevado de trabalhadores de saúde com vínculos trabalhistas através de entidades diversas (MENDONÇA, 2010 p.2356).

A implantação de um Programa de Saúde da Família (PSF) exige, às vezes, estratégias de transição de um modelo a outro. Nesses casos, é necessário manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente é um período de conflitos, onde entra em jogo uma série de interesses. (BRASIL, 2000 p.14). Como as Estratégias de Saúde da Família de Itaqui surgiram à partir de UBS já estabelecidas nas estruturas físicas que posteriormente foram adaptadas para recebe-las, é provável que as modificações na forma de atendimento, agendamentos, territorialização entre outras possam ter gerado conflitos que precisam ser superados.

No Rio Grande do Sul a ESF começou a ser implantada em 1995, mas, em Itaqui-RS essa estratégia foi implantada somente em 2005, com uma equipe de Programa de Saúde da Família e uma equipe de programa de Agentes Comunitários. Atualmente conta com mais duas equipes de saúde da família, totalizando três equipes e uma nova equipe já esta sendo proposta. Na tabela à seguir visualizamos a composição das equipes em janeiro de 2012.

Tabela 1 – Profissionais que Trabalham nas ESF em Itaqui – Janeiro 2012

UBS	Médico	Enfermeiro	Dentista	ACS	Auxiliar de saúde bucal	Outros profissionais
PSF Vila Nova	1	1	1	5	1	3
PSF PROMORAR	1	1	1*	7	1	3
PSF JOSÉ DA LUZ	1	1	1	5	1	3

\* A dentista do ESF Promorar encontra-se em licença saúde

Dos profissionais em atuação os ACS foram a única categoria contratada através de processo seletivo, os demais foram contratos diretos, há em Itaqui assim como na maioria dos municípios brasileiros a dificuldade de fixação do profissional médico, que recebem remuneração diferenciada dos demais membros da equipe como estímulo para contratação. Segue na tabela abaixo a remuneração oferecida no município para ESF.

Tabela 2 – Salário Oferecido para ESF em Itaqui – ABRIL 2012

PROFISSIONAL	SALÁRIO
MÉDICO	R\$ 10.070,94
DENTISTA	R\$ 4.468,59
ENFERMEIRO	R\$ 3.103,12

A implantação da Estratégia de Saúde da Família no município foi fundamental para dar início a uma mudança do modelo de assistência à saúde prestada no município, voltada prioritariamente à cura, sem dar ênfase à promoção da saúde de prevenção de doenças como é proposto pelas equipes de saúde da família. Anteriormente a implantação das equipes a rede de assistência do município

era composta por unidades básicas de saúdes nos bairros que atuavam aos moldes do modelo médico-assistencialista onde os médicos da rede eram escalados para atendimento nas unidades nos diferentes dias da semana com um número limitado de fichas diárias.

A mudança em relação a promoção da saúde já pode ser evidenciada no município de forma muito significativa no que se refere a mortalidade infantil que teve uma redução em 100% conforme nos mostra a tabela à seguir:

Tabela 3 – Índice do Mortalidade infantil -Itaqui

Indicadores	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total de óbitos infantis	10	9	14	3	4	11	2

Fonte: SIM/SINASC Caderno de Informações em saúde

A declaração de Alma-Ata (1978), afirma que a promoção da saúde e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o convívio e desenvolvimento econômico e social, contribuindo para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (BRASIL, 2002).

#### **4. Descrição e análise das informações**

A seguir serão apresentadas e analisadas as informações colhidas através dos questionários aplicados aos profissionais de nível superior em atuação nas equipes de Saúde da Família de Itaqui, categorizando as respostas fornecidas.

##### **4.1 Caracterização do perfil dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família de Itaqui**

A seguir será apresentada a análise do material coletado nas entrevistas realizadas junto com os profissionais de nível superior em atividade nas equipes de ESF de Itaqui-RS, categorizando-os. Participaram desta pesquisa 08 profissionais de nível superior em atividades nas ESF (Estratégias de Saúde da Família).

Segundo Machado et al., (2002) o PSF apresenta uma alta concentração de profissionais na faixa entre 30 e 49 anos, com relação a média nacional (66,6% dos médicos e 58,7% dos enfermeiros estão nesta faixa etária), fato que se reflete nas equipes de Itaqui.

Dos oito profissionais entrevistados três são enfermeiros, dois dentistas e três médicos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, com média de idade de 34 anos e com média de tempo de atividade em ESF de 3 anos e 7 meses, destes 75% tiveram nas Estratégias de Saúde da Família sua primeira experiência profissional.

No tocante dos vínculos empregatícios 100% dos profissionais entrevistados possuem contratos anuais de trabalho com a Prefeitura Municipal de Itaqui.

Quanto aos conhecimentos sobre ESF sete dos entrevistados classificam como básicos seus conhecimentos e apenas um como intermediário, embora quatro informem ter formação voltada para ESF. Isso, de certa forma, corrobora o que destaca Ronzani (2003), que o PSF torna-se o discurso oficial nos meios profissionais e acadêmicos, porém a formação dos profissionais é ainda pautada no modelo antigo, em que se prioriza a especialização e o trabalho fragmentado em detrimento da formação generalista.

## 4.2. O trabalho nas ESF

Quando se investigou com os profissionais acerca da escolha em atuar nas equipes de ESF e as razões, todos os profissionais relataram ter sido escolha sua atuar nas ESF, tendo sido obtidas quatro principais tipos de razões para esta escolha, conforme nos mostra o quadro a seguir.

### ESF – Itaqui

#### CATEGORIAS

- GOSTO PELA SAÚDE PÚBLICA
- REMUNERAÇÃO
- HORÁRIO
- ATIVIDADES INERENTES DAS EQUIPES DE ESF

---

*Fonte:* Entrevista com profissionais das equipes de ESF de Itaqui

#### 4.2.1. Gosto Pela Saúde Pública

O gostar de atuar em Saúde pública apareceu nas entrevistas de três integrantes das equipes como justificativa pela escolha em atuar nas equipes de saúde da família, embora também apontem questões salariais como determinantes desta opção.

*“Eu gosto da Saúde pública[...]” (E2)*

*“ Porque eu gosto da atenção primária à saúde [...]” (M3)*

#### 4.2.2 Remuneração

A melhor remuneração aparece como motivação para atuar nas equipes de ESF para 1/4 dos profissionais considerando que os salários oferecidos para o

trabalho na estratégia é atrativo diante das oportunidades em outros seguimentos como podemos perceber na fala de um dos enfermeiros.

*[...] o salário melhor que de outros setores que eu poderia atuar e também porque gosto de saúde pública. (E1).*

*[...] gosto da atenção primária a saúde e em pouco tempo de formada oferece boa remuneração. (M3)*

#### 4.2.3 Horário

Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 todos os profissionais devem cumprir jornada de 40 horas semanais. (BRASIL, 2007), como as equipes atuam de segunda a sexta e em horário fixos parece ser uma boa opção para profissionais da saúde que em diversas situações atuam em horários alternativos. Tal constatação aparece na fala de uma das médicas quando indagada quanto ao porque da escolha em atuar na ESF

*“O horário fixo, intervalo nos fins de semana e fichas fixas.” (M1).*

O horário fixo ainda foi mencionado por mais um profissional como importante fator na escolha pela ESF.

#### 4.2.4 Atividades Inerentes das Equipes De ESF

As Estratégias de saúde da família têm atribuições importantes para a estabelecimento deste modelo de atenção dentre elas prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios e doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária. ( Brasil 2000)

Este trabalho diferenciado é mencionado por seis dos entrevistados como importante para a escolha das ESF como campo de trabalho.

*[...] “é uma atividade voltada para a prevenção”. (D2)*

*[...]“o trabalho nas equipes permite melhorar nossos indicadores de saúde e adquirir experiência para trabalhar com a comunidade assistida.” (E3)*

As atividades desenvolvidas nas unidades ganham destaque como fator de satisfação na execução das tarefas diárias.

### 4.3. A Equipe e a Comunidade

Quando questionados de como veem a atuação das equipes da qual fazem parte em relação a comunidade atendida surgiram duas categorias, são elas: comprometimento e dificuldades em alcançar os objetivos.

#### CATEGORIAS

- COMPROMETIMENTO
- DIFICULDADES EM ALCANÇAR OBJETIVOS

---

*Fonte:* Entrevista com profissionais das equipes de ESF de Itaqui

#### 4.3.1 Comprometimento

O comprometimento dos membros da equipe com o trabalho na comunidade esta presente na resposta de três dos entrevistados.

Comprometimento é uma relação forte entre um indivíduo identificado e envolvido com uma organização, e pode ser caracterizado por três fatores: estar disposto em exercer um esforço considerável em benefício da organização; a crença e a aceitação dos valores e objetivos da organização e um forte desejo de se manter como membro da organização. (MEDEIROS, 1997).



*“No momento vejo a equipe comprometida com a comunidade assistida e que procura da melhor forma repassar as orientações sobre prevenção de doenças”. (E3).*

Para que se exerça uma nova prática são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vista a construção da equipe de saúde, com vistas a construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora destes serviços. (BRASIL, 2000)

### 5.3.2 Dificuldades em Alcançar os Objetivos

As dificuldades em alcançar os objetivos propostos preocupa a equipe diante da relação que estabelece com a comunidade atendida como podemos perceber na resposta ao questionário.

*“A equipe mostra comprometimento com o trabalho. A comunidade é exigente e parece que nada surte efeito” (E1).*

*“Ótima atuação da equipe técnica, com algumas deficiências na atuação dos agentes comunitários de saúde que atribuo especialmente a falta de uma melhor qualificação para a função, principalmente para uma melhor abordagem para os pacientes. [...]” (M3).*

## 4.4 Fatores que Influenciam o Desempenho das Equipes

Ao ser questionado quanto aos fatores que podem influenciar no desempenho das equipes de estratégia na qual atuam a maioria dos entrevistados destacou o salário como fator determinante, mas também foi apontada como fator a relação Secretaria Municipal de Saúde e ESF e a estrutura das unidades de Saúde.

## ESF – Itaqui

### CATEGORIAS

- SALARIO DOS PROFISSIONAIS
- RELAÇÃO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
- ESTRUTURA DAS UNIDADES

*Fonte:* Entrevista com profissionais das equipes de ESF de Itaqui

#### 4.4.1 Salário dos Profissionais

Para a maioria dos profissionais entrevistados, cinco, o salário ofertado aos profissionais que atuam nas ESF influencia no desempenho das equipes.

*[...] “A remuneração que permita aos profissionais dedicação exclusiva ao ESF com periódicos garantidos para formação complementar e educação continuada.” (M3).*

*“O salário pago aos profissionais influencia na motivação da gente[...](M1)*

*“Salário, autonomia e atenção ao funcionário”[...] (E2)*

Em seu estudo Mendonça *et al* (2010) destaca o perfil de jovens adultos em atuação nas EFS e infere que a Estratégia de Saúde da Família pode estar se constituindo como um campo de trabalho atraente para estes profissionais. MENDONÇA *et al*,2010)

Em estudo sobre o perfil dos enfermeiros e médicos das equipes de ESF observou-se que para obter esta dedicação integral ao Programa e fixar os profissionais qualificados, muitas vezes em áreas distantes dos centros urbanos, tem sido necessário oferecer um salário superior ao que normalmente é pago aos trabalhadores de saúde. Entretanto, o salário muitas vezes não é satisfatório para uma jornada de 40 horas. (MACHADO, M. A et al,2000).

#### 4.4.2 Relação com a Secretaria Municipal de Saúde.

Os profissionais quando questionados sobre os fatores que poderiam influenciar no desempenho das equipes relataram a relação das equipes com a Secretaria Municipal da Saúde de com os gestores como influente no desempenho das equipes. Uma boa gestão da estratégia reflete no dia a dia da equipe, assim como a ausência de intercambio das equipes e gestores pode atrapalhar as rotinas e não corresponder às expectativas da comunidade e as necessidades dos profissionais envolvidos.

*[...] “garantir aos profissionais e aos pacientes o tempo necessário em suas consultas, que possibilite diálogo aberto e atenção a todos os aspectos da vida do paciente, sem a pressa costumeira da maior parte dos atendimento do SUS.”(M3)*

Para Ronzani, as características das Estratégias de Saúde da família dependerão das perspectivas políticas dos seus administradores municipais correndo risco de uma atomização da estratégia. (RONZINE,2003).

*[...] “o contato com o público atendido e com os gestores interfere no trabalho da equipe.” (E2)*

#### 4.4.3 Estrutura das Unidades

Em Itaquí as três ESF eram inicialmente Unidades Básicas de Saúde que foram reestruturadas para acolher uma UBS.

Implantar uma unidade de saúde da família não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes. Preferencialmente, a unidade de saúde da família deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja um Centro de Saúde ou um Posto (BRASIL, 2000).

A estrutura das equipes é preocupação de alguns membros das equipes.

*[...] “A estrutura e a organização da equipe”. (D2)*

*[...] ...“outro fator é a estrutura física da unidade, mais adaptada as necessidades da ESF”. (M1).*

Para o Ministério da Saúde em termos de equipamentos, uma ESF deve incorporar a tecnologia necessária à resolução dos problemas deste nível de

atenção. Mas tecnologia na atenção básica significa também a permanente revisão dos saberes e práticas. (BRASIL, 2000)

#### 4.5 A ESF como novo modelo de Assistência

Foi perguntada aos entrevistados qual a principal mudança da ESF em relação ao modelo anterior para você? Surgiram duas categorias: Prevenção e enfoque na saúde e não na doença.

##### ESF – Itaquí

###### CATEGORIAS

- PREVENÇÃO
- ENFOQUE NA SAÚDE E NÃO NA DOENÇA

---

*Fonte:* Entrevista com profissionais das equipes de ESF de Itaquí

“A nova estratégia do setor saúde, representada pelo programa de saúde da família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas sim como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão”. (BRASIL, 2000)

### 5.5.1 Prevenção

A preocupação com a prevenção das doenças aparece no relato dos profissionais, demonstrando a consciência que possuem do papel a ser desempenhado pelas equipes.

Para o Ministério da Saúde a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL,2007).

*“Prevenção e Auto cuidado. Acredito que a ESF veio para mudar a consciência das pessoas. Que o dever de cuidar da saúde é da própria pessoa. [...]”. (E2)*

*“Os modelos anteriores eram voltados para o tratamento curativo, enquanto a ESF esta voltada para a prevenção”. (D2)*

### 4.5.2 Enfoque na Saúde e Não na Doença

Em suas respostas os trabalhadores entrevistados tem sua proposta de atendimento preocupada com o atendimento integral dos pacientes e relatam interesse em prestar assistência a comunidade em geral, não apenas os enfermos, como ocorria no modelo de assistência anteriormente vigente.

Tal preocupação pode ser justificada pelo fato de a maioria dos profissionais em atuação não terem experiência profissional anterior ao ESF e portanto não apresentam “vícios” de outros serviços.

*[...]“atenção aos pacientes não enfermos, realizada através de grupos e palestras.”*

*“Acredito que a ESF consiga fazer um tratamento muito mais amplo ao invés do modelo apenas curativo dos modelos anteriores”.(D1)*

Para Rosa e Labate (2005) a atenção primária em Saúde ao resolver uma série de necessidades, extrapola a esfera da intervenção curativa individual - as

chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo, principalmente, demandas sanitárias que geram as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao traçar o perfil dos profissionais das equipes de saúde da família de Itaqui observa-se tratar-se de uma equipe jovem, que teve na estratégia uma oportunidade de iniciação na vida profissional.

O interesse pela saúde pública e a remuneração oferecida nas equipes foram destacados como importantes na escolha pelo trabalho nas equipes. Aliás, os salários são apontados como importantes na escolha pelo trabalho e também como influentes no desempenho profissional, como fator motivador e de dedicação exclusiva

A equipe classifica o seu trabalho na comunidade como comprometido, embora perceba que a comunidade espere maior resolutividade do trabalho desenvolvido.

A relação com a Secretaria Municipal da Saúde aparece como influente no desempenho das equipes, já que é responsável por manter a estrutura e dispor de recursos.

Os profissionais mostraram serem conhecedores das principais diferenças entre a Estratégia de Saúde da Família e o modelo de assistência anterior, destacando o enfoque na saúde e no cuidado integral da família ao invés da abordagem apenas curativa focalizada nos doentes.

Em relação a atuação dos profissionais, as mudanças devem iniciar na formação acadêmica, preparando-os para atuar em um novo modelo de atenção a saúde voltado a promoção da saúde de prevenção de doenças, valorizando o trabalho em equipe e a contribuição dos diversos atores envolvidos no processo.

Percebe-se a necessidade de incentivar os profissionais para a formação profissional direcionada para ESF, embora a maioria tenha concluído sua formação profissional após a criação da estratégia metade dos entrevistados relata não ter formação voltada para ESF e também a maioria classifica como básico seus conhecimentos sobre ESF.

Pretende-se com esse trabalho contribuir com informações que possam auxiliar o gestor local fornecendo-lhe ferramentas que possibilitem melhorar os serviços prestados, à partir do que foi analisado que possam direcionar intervenções visando à melhoria do atendimento nas unidades de ESF do município, qualificando a atenção básica e fortificando a rede de saúde.

Resta recomendar explorar a temática em questão no município visto que é um processo em transformação adequando-se as propostas de qualificação da atenção básica à partir da Estratégia de Saúde da Família, onde os profissionais devem encontrar novos caminhos para a Promoção da Saúde da Comunidade local.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Cidades, disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat> acessado em 19 de janeiro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde **A implantação da unidade de saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Caderno1. Brasília, DF: 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde, Cadernos de Informações em Saúde, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm> Acessado em 27 de março de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Números de Saúde da Família. Disponível em :  
BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007 p. 12-13.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília DF, 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: Ampliando a Cobertura para Consolidar a mudança do Modelo de Atenção Básica**. Informes Técnico-institucionais. Revista Brasileira de Saúde Materno infantil. Recife, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil**. Uma Análise de Indicadores Selecionados. Brasília 2008 19p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria das políticas de saúde, **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico> Acessado em 19 de janeiro de 2012.

BODSTEIN, Regina. **Atenção básica na Agenda da Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva 7 (3): 401-412. Rio de Janeiro 2002.

CAMPOS, F.E. , AGUIAR, R. A. T. OLIVEIRA V. B. **O desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro n.12 p.47-58, 2002.

ITAQUI. Relatório Final II Conferencia Municipal de Saúde. Itaquí/RS 2007.

ITAQUI. Relatório Final III Conferência Municipal de Saúde. Itaquí/RS 2011.

MACHADO, M. A et Al. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/o\\_perfil.html](http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html). Acesso em 25 de fevereiro de 2012.

MEDEIROS, C. A. F. **Comprometimento organizacional, características pessoais e performance no trabalho: um estudo dos padrões de comprometimento organizacional**. Defesa de Mestrado. Natal: UFRN,1997

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária a Saúde no SUS**. Escola de saúde Pública do Ceará , fortaleza, 2002

MENDONÇA M.H.M., MARTINS M.I.C., GIOVANELLA L., ESCOREL,S. **Desafios para a gestão do trabalho à partir de experiências exitosas de expansão de Estratégias de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva n.15 (5) p. 2355-2365

Mynaio, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 23ed. Petrópolis RJ. .Editora Vozes. 1994 21p.

OLIVEIRA, S. F. e ALBUQUERQUE, F. J. B. de **“Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço”.** Psicologia & Sociedade 20 (2) 237-246 2008.

RONZANI,T. M., STRALEN, C.J.V **.Dificuldades de implantação do programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do Sistema de saúde Brasileiro.** Revista APS v.6, n.2, P.99-107, Julho /dez.2009

SANTOS, Lenir. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Vinte Anos de SUS: O Sistema de Saúde no Brasil no Século 21.** Saúde em debate. Rio de Janeiro V.33 n.82 p.201-213 maio/ago. 2009

SERAPIONI, Mauro, **Avaliação da Qualidade em Saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais da saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro v.23, n53 p. 81-92 set./dez.1999.

SILVA, Núbia Cristina da, **Gestão de Recursos Humanos na Saúde da Família: Fato ou Ficção.** Observatório de recursos humanos em Saúde Nig. One./UFMG. Belo Horizonte, 2009.

SILVEIRA, Denise Tolfo., CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **Métodos de Pesquisa** coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOUZA, S. P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde.** Um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família. 2001. 123 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro.

## APENDICE A – Roteiro da entrevista com os Profissionais das ESF

Idade: \_\_\_\_\_Anos

Sexo: F ( ) M ( )

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/convivente ( ) Separado/divorciado ( ) viúvo

Formação Profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de Formado: \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço Público: \_\_\_\_\_

Tempo de Atuação na ESF: \_\_\_\_\_

Experiência profissional antes de atuar na ESF: ( ) Sim ( ) Não

Possui Formação voltada para ESF: ( ) SIM ( ) Não

1. Como você avalia seus conhecimentos sobre ESF antes de atuar em uma equipe? ( ) nenhum ( ) básico ( ) intermediário ( ) avançado
  
2. Foi escolha sua atuar na estratégia de Saúde da Família? Por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Como você vê a atuação da equipe da qual você faz parte em relação a comunidade atendida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Para você quais fatores podem influenciar no desempenho das equipes de ESF do município?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Qual a principal mudança da ESF em relação ao modelo anterior de assistência em saúde \_\_\_\_\_ para você? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento livre e esclarecido**

Pesquisador: Nídia Fantinel Sanchez

Telefone: (55)99344770 E-mail: nidiafantinelsanchez@yahoo.com.br

### **PESQUISA: O TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ITAQUI**

Esta pesquisa tem o objetivo Investigar qual a percepção dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família de Itaqui na consolidação da estratégia como instrumento de qualificação da atenção básica em Saúde no município.

Para a realização da presente pesquisa serão aplicados questionários com os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família e sua participação se dará de livre e espontânea vontade. Para garantir a privacidade os dados serão codificados. A não participação ou interrupção não lhe acarretará em nenhum prejuízo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a elaboração do trabalho de conclusão como requisito para a elaboração da monografia de conclusão do curso de Especialização em Gestão em Saúde da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Declaro ter sido informado das finalidades da pesquisa e que concordo em participar da mesma.

---

Nome: \_\_\_\_\_

---

Nídia Fantinel Sanchez

Pesquisadora