

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ANNY CRISTINNY MIRANDA DOS SANTOS CECATO**

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS  
TRABALHADORES DO POLO DE SAÚDE LINHARES – ES**

**VITÓRIA  
2013**

**ANNY CRISTINNY MIRANDA DOS SANTOS CECATO**

**DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS  
TRABALHADORES DO POLO DE SAÚDE LINHARES – ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política e Gestão de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Pinheiro Garcia.

**VITÓRIA  
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

C387d Cecato, Anny Cristinny Miranda dos Santos, 1981-  
Desafios e possibilidades para a consolidação da estratégia saúde da família sob a ótica dos trabalhadores do polo de saúde Linhares–ES / Anny Cristinny Miranda dos Santos Cecato. – 2013.  
134 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.  
Coorientadora: Ana Cláudia Pinheiro Garcia.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Trabalho – Administração. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Acesso aos serviços de saúde. I. Lima, Rita de Cássia Duarte, 1953-. II. Garcia, Ana Cláudia Pinheiro. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---

**Anny Cristinny Miranda dos Santos**

**Desafios e possibilidades para a consolidação da Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos trabalhadores do Polo de Saúde Linhares – ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política e Gestão de Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Prof.Dra. Rita de Cássia Duarte Lima (orientadora)  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof.Dra. Ana Cláudia Pinheiro Garcia (coorientadora)  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

---

Prof. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade (membro interno)  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof.Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça (membro externo)  
Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

**VITÓRIA**  
**2013**

**Aos meus amores...**

Demevaldo e Conceição, meus alicerces.

Rafael, meu refúgio e porto seguro.

Liliany e Thiago, meus queridos irmãos.

Amigos e familiares por tudo que são para mim.

## AGRADECIMENTOS

Nossas trajetórias nunca são solitárias, mesmo que, em momentos de concentração e dedicação imersos em livros e artigos, assim nos pareçam. Isso porque existem decisões na vida que não podem ser feitas solitariamente; dependem de um esforço coletivo e do apoio de pessoas importantes que nos dão suporte, motivação e nos tornam confiantes. No mestrado não seria diferente. Muitos contribuíram direta ou indiretamente para a escolha deste caminho e para a construção deste estudo. Este espaço é dedicado às pessoas que se fizeram presentes durante esta jornada.

A Deus, por ser força, consolo, proteção e razão de todas as vitórias obtidas.

Minha gratidão à Professora Rita de Cássia Duarte Lima, que me ajudou a olhar a saúde de uma forma diferenciada. Obrigada pelos ensinamentos e por entender que, apesar de alunos, somos seres humanos que necessitam construir e viver sua história. A sua compreensão foi fundamental para que eu pudesse viver três grandes momentos, em um período tão curto!

À Professora Ana Cláudia Pinheiro Garcia, a quem tive o privilégio de conhecer e com quem pude compartilhar alegrias, conquistas, estudos, inquietações. A ajuda, a palavra amiga, a escuta, o consolo e a motivação tiveram inestimável valor e fizeram a diferença nesta etapa da minha vida.

Às Professoras Maria Angélica Carvalho Andrade e Maria Helena Magalhães de Mendonça pelas importantes considerações feitas durante o exame de qualificação, que muito contribuíram para o enriquecimento do estudo. Professora Angélica, obrigada por me fazer entender que o mestrado, embora muito importante, é apenas um passo em nossa caminhada profissional.

Ao nosso grupo de pesquisa, por tantas discussões construtivas no desenvolvimento da nossa pesquisa.

Aos trabalhadores das equipes de saúde da família com quem estive, buscando extrair as informações necessárias para compor esta pesquisa. Pessoas com

inúmeros compromissos e responsabilidades, que contribuíram de forma fundamental na construção deste trabalho.

Aos meus companheiros de mestrado, por tornarem essa etapa de minha vida o mais divertida e enriquecedora possível.

À Aline e Camila, por termos formado praticamente um trio na construção de nossas pesquisas, dividindo opiniões, críticas, informações, conquistas, frustrações e inúmeros artigos. Acredito que, mesmo com nossas diferenças, criamos um rico ambiente de troca e com o equilíbrio necessário ao enriquecimento de tudo que fizemos.

À minha equipe e colegas de trabalho dos municípios de Ibiraju e João Neiva, que não mediram esforços para que eu pudesse concretizar este sonho. Margareth, Ana e Rosana, vocês sempre terão meu carinho, amizade e consideração.

Aos meus pais (Demevaldo e Conceição) e à minha irmã e cunhado (Liliany e Thiago), pelo apoio e amor incondicional, por entenderem meu momento de ocupação e se colocarem ao meu lado para transpor os obstáculos encontrados no caminhar do mestrado.

Ao Rafael, pelo amor, compreensão, alegria e companheirismo. Obrigada por caminhar junto comigo, durante esses anos, entendendo minha ausência e sendo meu porto seguro, sempre que necessário. Agradeço à sua família, por ter-se tornado minha também.

Ao Heitor, meu afilhado amado, e aos meus compadres Tevaldo e Luzinete, por torcerem por mim e compreenderem minha ausência durante este período.

Aos familiares, amigos e a todos que de alguma forma estiveram presentes em minha vida, muito obrigada!

*“Sucesso, reconhecimento, fama, glória. Muitos de nós lutamos por motivos assim. Mas não se constrói um bom nome da noite para o dia. É preciso trabalhar muito, ainda que haja tropeços e quedas, é preciso superar os obstáculos, ter motivação, perseverança, insistência. A vida é uma sucessão de batalhas.*

*Emprego, família, amigos: todos nós temos um status atual. E, temos também expectativa com relação ao futuro. No entanto, as reviravoltas do destino nos surpreendem. Nem sempre dá para se fazer só o que gostamos. Mas aquele que gosta do que faz e sente orgulho em fazer melhor, a cada dia vai mais longe. Há momentos de calma... E há momentos agitados, decisivos em que a boa intenção não basta. É quando a vida nos cobra coragem, arrojo, criatividade e um inabalável espírito de luta.*

*A verdade é que os problemas e os reveses ocorrem com maior frequência do que gostaríamos. Os tempos mudam. Surgem novos desafios e novos objetivos. Viver é também estar preparado para as situações difíceis. O modo como encaramos as dificuldades é que faz a diferença. Às vezes nos perguntamos: Como enfrentar as mudanças radicais que se apresentam diante de nós? Como atuar num novo cenário onde coisas que fazíamos tão bem precisam ser reaprendidas? Como lutar sem deixar para trás valores fundamentais? E mais: como saber a medida exata a ser tomada no momento certo?*

*O incrível é que justamente diante de situações adversas, muitos redescobrem o que têm de melhor. A ética, a amizade, a confiança de criar novas estratégias fundamentais na experiência, o talento para promover alianças positivas. O espírito de liderança. A consciência da força que reside no verdadeiro trabalho em equipe. Tudo isso aflora quando as circunstâncias exigem. Quando se sabe que existe um objetivo maior a ser alcançado.*

*Claro que não é fácil abandonar hábitos, costumes. Não é fácil adaptar-se aos novos meios ou usar recursos aos quais não estávamos familiarizados. Ainda que a ameaça venha de vários lados, com agilidade, força e determinação, podemos alcançar o resultado. A combinação de energia e inteligência assim como o equilíbrio entre a razão e a emoção são fundamentais para o sucesso.*

*É uma sensação extremamente agradável chegar ao fim de uma etapa com a consciência do dever cumprido. E obter a consagração, o respeito de todos. O reconhecimento dos colegas. A admiração das pessoas que amamos. Ouvir o próprio nome com orgulho. Aquele orgulho de quem viu nos obstáculos a oportunidade de crescer. O orgulho de quem soube enfrentar as turbulências da vida e vencer. O orgulho de um vencedor que não abriu mão dos seus valores fundamentais.”*

*Mensagem do filme Gladiador*



## LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ABS	-	Atenção Básica à Saúde
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIS	-	Ações Integradas de Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
AMAQ	-	Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família
Coap	-	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conass	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DEGERTS	-	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	-	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GM	-	Gabinete do Ministro
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
Nasf	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Noas	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	-	Norma Operacional Básica
Nupgasc	-	Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONG's	-	Organizações não Governamentais
PAB	-	Piso da Atenção Básica
PCCS	-	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
Pacs	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR	-	Plano Diretor de Regionalização
Paisc	-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
Paism	-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Piass	-	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pmaq	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
Pnab	-	Política Nacional de Atenção Básica
Ppgsc	-	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPA	-	Plano Plurianual
Proesf	-	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Provab	-	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
Siops	-	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SGTES	-	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	-	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
Suds	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
Ufes	-	Universidade Federal do Espírito Santo
USF	-	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo; 2011.....	46
Quadro 1	Atributos da Atenção Primária à Saúde .....	23
Quadro 2	Dados demográficos e socioeconômicos, dos municípios do Polo Linhares, conforme o IBGE; 2010.....	48
Quadro 3	Percentual de cobertura populacional de saúde da família, por município do Polo Linhares, 2004-2011.....	48
Quadro 4	Relação de investimentos em saúde, por município do Polo Linhares, conforme o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) 2006-2010; 2012.....	49
Quadro 5	Relação por município do número de equipes existentes e número de equipes sorteadas.....	52
Quadro 6	Perfil e qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família no Polo de saúde Linhares – ES, 2012/2013.....	56
Quadro 7	Inserção e fixação dos profissionais das equipes de saúde da família na estrutura das SMS, no Polo de saúde Linhares – ES, 2012/2013.....	59
Quadro 8	Remuneração dos profissionais das equipes de saúde da família, no Polo de Saúde Linhares – ES, 2012/2013 .....	61
Quadro 9	Organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, no Polo de saúde Linhares – ES, 2012/2013.....	63
Quadro 10	Avaliação dos profissionais das equipes quanto à atuação da ESF como porta de entrada no sistema de saúde, no Polo de saúde Linhares – ES, 2012/2013.....	71
Quadro 11	Avaliação dos profissionais das equipes quanto ao desempenho da ESF na Coordenação e integração da rede dos serviços de saúde, no Polo de saúde Linhares – ES, 2012/2013.....	76

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>15</b>
<b>3 QUADRO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: QUESTÕES PARA ANÁLISE ..	16
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E ABORDAGENS ..	19
3.3 ATRIBUTOS NECESSÁRIOS PARA QUE A ATENÇÃO PRIMÁRIA CUMPRA SEU PAPEL .....	22
3.4 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL .....	25
3.4.1 A Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial e organizadora das redes de atenção à saúde .....	32
3.4.2 Trabalho, processo de trabalho e gestão do trabalho na ESF .....	36
<b>4 DESENHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>44</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>55</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
<b>8 ARTIGOS</b>	<b>87</b>
8.1 RESUMO DO ARTIGO 1 – DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESPÍRITO SANTO: A GESTÃO DO TRABALHO NO CENTRO DO DEBATE.....	87

8.2 RESUMO DO ARTIGO 2: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO ENQUANTO PROTAGONISTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO POLO DE SAÚDE LINHARES – ES.....	88
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
APÊNDICE A – Termo de Autorização do Gestor .....	90
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	96
APÊNDICE C – Questionário para Agentes Comunitários de Saúde .....	97
APÊNDICE E – Questionário para Auxiliares/Técnicos de Enfermagem .	109
APÊNDICE F – Questionário para enfermeiros/médicos .....	121
<b>ANEXOS .....</b>	<b>133</b>
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	134

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação é parte de uma pesquisa cuja temática vem sendo estudada por diversos docentes, pesquisadores e discentes inseridos na linha de Pesquisa Política, Gestão e Avaliação em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Ppgsc) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), onde temas como políticas de saúde e os diferentes formatos de gestão e avaliação têm sido privilegiados com diferentes recortes e abordagens conceituais. Encontro-me inserida em um projeto relevante e atual, cujo foco é o mapeamento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, no estado do Espírito Santo, desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Ppgsc/Ufes.

O interesse em fazer parte do Nupgasc e contribuir para a geração de conhecimento que possa subsidiar os municípios e o estado na formulação de estratégias e políticas que rompam com a fragmentação das ações e possibilitem avanços na organização da rede assistencial estadual, surge durante minha trajetória, ora como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), ora como técnica de apoio à gestão, a partir de 2005, no município de João Neiva – ES, onde iniciei minha carreira profissional.

A atuação nos municípios de Aracruz, Ibraçu e João Neiva, que hoje fazem parte do Polo de Saúde Linhares, possibilitou o meu engajamento e o interesse nas temáticas voltadas para as políticas de saúde, o cuidado em saúde, os trabalhadores de saúde, a gestão em saúde, a gestão do trabalho em saúde, dentre outros, ligados à Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo no que se refere à ESF, por acreditar que ela seja o elemento fundamental para o funcionamento das redes de atenção à saúde.

No desenvolvimento desta pesquisa, muitas reuniões, debates e leituras têm ocorrido, por meio dos quais tenho incorporado novos conhecimentos que busco transmitir em meu estudo e em minha vida. Com ela pude experienciar os vários caminhos pelos quais a construção do conhecimento pode nos levar e entender

que os desafios e as dificuldades suscitadas durante o desenvolvimento de um estudo podem se transformar em soluções, trazendo à tona discussões até então não planejadas e que se mostram fundamentais. Adentrar o campo desta pesquisa possibilitou um processo de grande enriquecimento pessoal e profissional.

Assim, buscando auxiliar a compreensão do leitor e compartilhar o enriquecimento vivido, esta dissertação é composta por uma introdução ao tema, seguida pelos objetivos, quadro teórico, aspectos metodológicos, análise e discussão dos resultados e considerações finais. No quadro teórico, buscou-se contextualizar o tema. Os aspectos metodológicos apresentam o delineamento do estudo, o cenário, os sujeitos da pesquisa, considerações a respeito da coleta e análise dos dados, bem como a observância das questões éticas. Nos resultados procurou-se, a partir dos questionários respondidos pelos profissionais, identificar os fatores facilitadores e limitantes para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Polo de Saúde Linhares, tendo como balizadores a gestão do trabalho e a Política de Atenção Primária à Saúde, enquanto porta de entrada preferencial no sistema de saúde e ordenadora da rede de serviços integrada.

Espera-se que este estudo sirva de inspiração e orientação para o avanço e o enriquecimento da ESF, a fim de qualificar e consolidar a APS nos âmbitos municipal e estadual, contribuindo, assim, para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e das condições de vida da população brasileira.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar os fatores facilitadores e limitantes para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no Polo de Saúde Linhares, tendo como balizadores a gestão do trabalho e a Política de Atenção Primária à Saúde, enquanto porta de entrada preferencial no sistema de saúde e ordenadora da rede de serviços integrada.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar e discutir os desafios e possibilidades da ESF, tendo como foco a gestão do trabalho em saúde no Polo de Saúde estudado, sob a ótica dos Profissionais da ESF.

Analisar o perfil dos profissionais das equipes de saúde da família quanto a sexo, idade, formação básica e pós-graduada; experiência anterior de trabalho, política de inserção, fixação e remuneração dos profissionais das equipes de saúde da família na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Analisar a organização do processo de trabalho das ESF quanto à orientação da programação das ações, aos recursos informacionais utilizados para essa programação, à prioridade dada à população cadastrada, às ações prioritárias da equipe, suas formas de registro de dados e organização dos prontuários.

Identificar e discutir os desafios e os avanços vivenciados pela ESF para sua consolidação enquanto porta de entrada preferencial no sistema de saúde, articulada com a rede de serviços assistenciais de forma coordenada e integrada, sob a ótica dos profissionais da equipe de saúde da família.



### 3 QUADRO TEÓRICO

#### 3.1 Políticas públicas de saúde: questões para análise

O termo Política diz respeito a tudo o que se refere à cidade e ao cidadão, constituindo parte inerente aos estados, pessoas e instituições. A política pode ainda ser considerada como uma atividade mediante a qual as pessoas praticam, preservam e ajustam as regras sob as quais vivem, sendo inseparável do conflito e da cooperação, os quais são mediados por valores e opiniões distintos, necessidades concorrentes e interesses contrários. Por essa razão, o conceito de política encontra-se estreitamente relacionado ao de poder (VIANA e BAPTISTA, 2008).

A Política Pública, por sua vez, pode ser definida simplesmente como aquilo que o governo escolhe fazer ou não fazer, ou pode abarcar definições mais complexas (VIANA e BAPTISTA, 2008). Pode, ainda, ser entendida como um aglomerado de atores, instituições, processos decisórios e resultados, os quais mantêm entre si relações causais (LABRA, 1999). O Dicionário de Política, organizado por Bobbio, Matteucci e Pasquino (1995), traz como conceito a ideia de orientação política do Estado e de interesse público, onde o Estado existe mediante um interesse maior da própria sociedade, sendo a expressão daquilo que cada sociedade almeja, incluindo seus pactos e relações de poder.

De uma forma ou de outra, tanto para um conceito simples quanto para outro mais complexo, sua análise é considerada dinâmica, mutante e complexa, exigindo do estudioso conhecimentos teóricos e empíricos mais aprofundados para que se possa entender e explicar o que os governos fazem, como e por que o fazem, de modo a tomar decisões acertadas para a resolução de inúmeros e contraditórios problemas colocados pela sociedade (LABRA, 1999).

Viana e Baptista (2008) afirmam que, ao se analisar determinada política pública, é importante estar atento aos processos e atores envolvidos em sua construção; às relações entre atores públicos e privados; aos pactos; aos objetivos; às metas

e às perspectivas do Estado e da sociedade. Isso porque a análise de políticas busca entender os processos de tomada de decisão no momento da sua construção, observando as possíveis influências das regras institucionais no processo decisório, quem são os participantes do debate político, as possíveis coalizões formadas e a sua influência sobre as decisões tomadas.

As autoras destacam dois eixos de análise: um centrado no processo decisório da sociedade e outro centrado no papel exercido pelo Estado. Na abordagem societal ou pluralista, o Estado é visto como resultante da interação entre grupos formados de maneira livre, sendo totalmente permeável aos interesses e competições existentes entre os grupos, os quais imprimem as direções políticas. Na abordagem estatal ou estruturalista, o Estado é visto como uma unidade que determina e conforma a estrutura de funcionamento social (VIANA e BAPTISTA, 2008).

Para Viana e Baptista (2008), o estudo de uma política compreende cinco grandes fases: o reconhecimento do problema, correspondente à fase de entrada de determinado conflito na agenda política; a definição da proposta de soluções, correspondente à fase de formulação da política; a escolha de uma solução, correspondente à fase de tomada de decisão; o momento de colocar uma solução em andamento, equivalente à fase de implementação; e, por fim, o monitoramento dos resultados ou fase de avaliação da política.

No que tange às políticas de saúde, as autoras ainda afirmam que elas:

“... comportam diferentes tipos de ações coletivas e individuais, realizadas por diferentes instituições públicas e privadas para responder ao risco das populações adoecerem em distintos momentos históricos. É parte integrante da política social, e suas instituições em cada país conformam os modernos sistemas de proteção social” (VIANA e BAPTISTA, p. 65, 2008).

Fleury e Ouverney (2008) afirmam que, ao considerar a política de saúde como uma política social, pressupõe-se assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, uma vez que a participação plena dos

indivíduos na sociedade política se processa por meio de sua inserção como cidadãos. Ainda segundo as autoras, dependendo da modalidade de proteção social adotada, o acesso à saúde pode se traduzir em uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio ou garantido pelo direito à cidadania.

A política de saúde ainda se configura, quer seja em sua formulação, quer seja em sua implementação, como processo complexo de jogos de interesses diversos que permeiam a sociedade, confrontando as representações sobre o que vêm a ser de fato as necessidades e demandas da população e os interesses econômicos configurados ao longo do tempo, no interior do próprio setor saúde (COHN, 2009).

Viana e Baptista (2008) alegam que as políticas de saúde devem responder a questões como:

“Quem proteger? Todos os cidadãos? Apenas aqueles que contribuem para o financiamento da política? Somente os mais necessitados?

Quanta proteção oferecer? Todos os tipos de assistência médica? Somente ações de promoção e prevenção? Apenas ações coletivas?

Como financiar as ações de saúde? Com impostos? A partir das contribuições coletivas e individuais daqueles que trabalham? Com recursos individuais das pessoas?

Quem deve ser o prestador de serviços de saúde? A responsabilidade pela prestação de serviços é de um sistema público e estatal ou de prestadores privados regulados pelo Estado?

Como organizar a oferta de serviços? Quais os serviços que precisam estar próximo aos usuários? Qual deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde? O centro de saúde? O hospital?

(VIANA e BAPTISTA, p. 66, 2008)

Cada país apresentou resposta distinta para tais questões no último século, adaptando a cada realidade modelos mais ou menos abrangentes de atenção à saúde, com maior ou menor participação do Estado no financiamento e na regulação dos serviços prestados. Vale ressaltar que desde o início do século XX o papel do Estado na oferta de serviços de saúde cresceu de forma significativa em diversos países, e as políticas públicas de saúde tornaram-se peça-chave na

composição dos diferentes sistemas de proteção social (VIANA e BAPTISTA, 2008).

No Brasil, principalmente após o ano 2000, o desafio é a definição de uma política que seja efetiva na redução das desigualdades sociais e que de fato favoreça o acesso dos usuários ao setor saúde, organizando sua porta de entrada e o fluxo no interior das redes de serviços.

### **3.2 Atenção Primária à Saúde: conceitos e abordagens**

A atenção ambulatorial de primeiro nível, traduzida nos serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, com foco na cobertura de afecções e condições mais comuns e na resolução da maioria dos problemas de saúde de uma população, é o que geralmente denomina-se Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, não existe uniformidade no emprego da expressão APS, sendo identificadas, segundo Giovanella e Mendonça (2008), três linhas principais de interpretação:

- “1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
- 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
- 3) ..., uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde” (GIOVANELLA e MENDONÇA, p. 576, 2008).

Nos países europeus, de modo geral, a APS está relacionada aos serviços ambulatoriais de primeiro contato que se integram a um sistema de saúde de acesso universal, ao contrário do que se observa nos países periféricos, onde a APS refere-se, frequentemente, a programas seletivos focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A noção seletiva da APS subentende programas com finalidades restritas, destinadas à cobertura de necessidades previamente definidas de parte da

população em condições de extrema pobreza, por meio de recursos de baixa densidade tecnológica e impossibilidade do acesso aos níveis secundários e terciários, traduzindo-se em uma forma de restringir os objetivos preconizados na Conferência de Alma-Ata, em 1978, para a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 (FAUSTO e MATTA, 2007).

A Declaração de Alma-Ata concebe a APS como abrangente, ao colocá-la com função central no sistema nacional de saúde e como parte do processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades, envolvendo a cooperação com outros setores, para, assim, promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Nela, a APS é idealizada como a atenção à saúde essencial. Pautada em métodos e tecnologias apropriadas, comprovados cientificamente e aceitos pela sociedade, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade com sua plena participação (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em 2008, no 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, sobre Cuidados Primários à Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial de Saúde 2008, com o tema: Cuidados de Saúde Primários – agora, mais do que nunca, trazendo uma releitura dos conceitos discutidos e construídos em Alma-Ata, os quais têm-se mostrado atuais e necessários. O progresso da saúde nesses 30 anos é notável, porém regido pela desigualdade, coexistindo um melhor estado de saúde para uma parte do mundo ao lado de um considerável número de países que ficam em segundo plano e vêm perdendo espaço, por não conseguirem acompanhar o ritmo rápido das mudanças e transformações impostas pela globalização (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

O Relatório representa uma oportunidade ímpar para aprender com as lições do passado, considerar os desafios que estão por vir e identificar os caminhos mais apropriados para os sistemas de saúde estreitarem os vazios existentes entre aspiração e implementação. Estes caminhos estão definidos no Relatório como quatro conjuntos de reformas (reformas da cobertura universal, reformas na prestação de serviços, reformas de políticas públicas e reformas de lideranças),

que representam os valores dos cuidados de saúde primários, as expectativas dos cidadãos e os desafios do desempenho de saúde que atravessam todos os contextos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

No Brasil, durante os anos de 1980 e 1990, as propostas referentes à APS eram muito divergentes dos aspectos das reformas realizadas no cenário internacional, sobretudo nos países latino-americanos, onde, motivados por agências internacionais, os governos adotaram políticas de saúde baseadas em programas seletivos de atenção primária, desvinculados dos outros níveis de atenção. O nosso país não questionava a APS conforme definida na Conferência de Alma-Ata, mas, sim, o caráter simplificador da medicina pobre, voltada aos pobres, adotada como política por vários Estados (TESTA, 1992).

A APS brasileira desenvolveu-se segundo os princípios da Reforma Sanitária, levando os atores envolvidos no processo a elegerem o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) para designá-la, assim diferenciando-a da APS seletiva adotada em outros países e enfatizando a reorientação do modelo assistencial que estava sendo implantado, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO E MATTA, 2007; PAIM, 1998).

Atualmente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aponta o termo Atenção Primária em Saúde como o mais adequado, e o próprio Ministério da Saúde (MS) já se utiliza dessa terminologia na elaboração de alguns documentos, reconhecendo a equivalência, nas atuais concepções, dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, associando ambos aos princípios e diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (BRASIL, 2011).

### 3.3 Atributos necessários para que a Atenção Primária cumpra seu papel

Para fins deste estudo, adotaremos como características específicas da APS aquelas elencadas e definidas por Bárbara Starfield, em seu livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*, (2002), que constam como fundamentos e diretrizes da Atenção Primária na Portaria GM 2488. de 21 de outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Starfield (2002) aponta como atributos específicos da APS: a prestação de serviços de **primeiro contato**, constituindo porta de entrada do sistema de saúde; a **longitudinalidade**, assumindo o compromisso de responsabilizar-se pela continuidade da relação profissional-paciente ao longo de sua vida, primando pelo estabelecimento de vínculo, seja por meio da adscrição territorial de clientela, seja por meio da inscrição voluntária dos pacientes em uma unidade de saúde; a garantia de **cuidado integral**, considerando os âmbitos físicos, psíquicos e sociais dentro das possibilidades de atuação do profissional de saúde e abrangendo todas as faixas etárias; e a **coordenação** das variadas ações e serviços indispensáveis na resolução de necessidades menos frequentes e mais complexas (SATARFIELD, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A autora considera, ainda, que os serviços de APS devem estar **orientados para a comunidade**, entendendo suas necessidades de saúde; **centrando-se na família** para avaliar a melhor maneira de responder às necessidades de seus membros; tendo **competência cultural** para estabelecer o diálogo e reconhecer as distintas necessidades dos diversos grupos populacionais.

O quadro 1 possibilita a visualização dos atributos da APS definidos por Starfield, bem como traz perguntas norteadoras para que se possa avaliar a ocorrência, de fato, da APS abrangente nos países que a adotam.

Quadro 1 – Atributos da atenção primária à saúde

<b>Atributos da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>Definição</b>	<b>Perguntas Norteadoras para a Avaliação do Atributo</b>
Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro em saúde.</li> <li>• Porta de entrada do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe da APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo?</li> <li>• As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada?</li> <li>• Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada?</li> </ul>
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço?</li> <li>• As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo?</li> <li>• Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes APS?</li> <li>• Meu médico me vê para rotinas preventivas?</li> </ul>
Abrangência ou integralidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde.</li> <li>• Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade?</li> <li>• Qual a abrangência do pacote de serviços oferecidos?</li> <li>• Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado?</li> <li>• Meu médico cuida da maioria dos meus problemas de saúde?</li> </ul>
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS organiza-o?</li> <li>• Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante?</li> <li>• Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática?</li> <li>• Há mecanismos de integração na rede? A contra-referência ocorre?</li> </ul>
Orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive.</li> <li>• Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A equipe conhece os problemas da comunidade?</li> <li>• A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade?</li> <li>• A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais?</li> </ul>



	recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.	• Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?
Centralidade na família	• Consideração do contexto e da dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.	• Os prontuários são organizados por família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	• Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.	• A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas?

Fonte: GIOVANELLA e MENDONÇA, p. 586-587, 2008.

No Brasil, a APS é, então, designada pela Pnab (2011) como um conjunto de ações, na esfera individual e coletiva, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando o desenvolvimento da atenção integral, favorecendo a situação de saúde e autonomia das pessoas e tendo impacto positivo nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Prevê a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar no manejo da demanda e no acolhimento das necessidades de saúde da população, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, na busca de uma atenção integral (BRASIL, 2011).

A Pnab apresenta, ainda, a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, tendo como princípios: **a família como foco de abordagem**, território definido, **adscrição de clientela**, trabalho em equipe, **integralidade**, corresponsabilização, resolutividade, **intersetorialidade e incentivo à participação popular**, constituindo um processo dinâmico e sendo de fundamental importância para a **organização das redes de atenção** (no sentido de coordenar as ações e serviços, garantindo atenção ininterrupta no interior das redes de serviços), por ser considerada a **porta de entrada preferencial** para a clientela do SUS (BRASIL, 2011).

### 3.4 Contextualizando a Política de Atenção Primária à Saúde no Brasil

A origem das características que hoje repercutem em sérios desafios para o cumprimento dos preceitos constitucionais de 1988, no que tange à saúde, encontra-se na legislação previdenciária, datada de 1923, quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, mais tarde transformadas em Institutos, organizados por segmentos dos assalariados, segundo o setor econômico em que estavam inseridos (COHN, 2009).

Nos dois momentos, os benefícios a que os trabalhadores tinham direito correspondiam à prestação em dinheiro (aposentadorias e pensões) e à assistência médica, e, até 1930, o acesso a eles era vinculado à contribuição compulsória do empregado e do empregador, complementada com uma parte estatal, proveniente de impostos específicos. A partir de 1930, a assistência médica torna-se uma assistência previdenciária para os segmentos assalariados urbanos da população brasileira, ficando a cargo do Estado as ações de saúde pública: saneamento e ambiente (vacinas, isolamento de portadores de doenças contagiosas e perigosas)(COHN, 2009).

Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, ocorrido em 1953, o MS passa a atuar baseado em uma concepção mais universalista, tornando-se o responsável pelas ações de saúde pública no âmbito nacional. Tais ações estruturaram-se sob uma lógica programática voltada à saúde pública, enquanto a assistência médica individual curativa desenvolvia-se, predominantemente, na esfera do sistema previdenciário, deixando transparecer a dualidade da trajetória da política de saúde brasileira (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A partir de 1964, durante os governos militares, consolidou-se a contratação de serviços privados de saúde no âmbito da Previdência, por meio de convênios e credenciamentos, como estratégia predominante para a expansão da oferta pública de serviços. O processo de capitalização da medicina no Brasil deu-se com o incentivo do Estado, que ofereceu as condições necessárias para o investimento privado no setor saúde (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Na década de 1970, marcada pela expansão e crise do modelo médico previdenciário, a discussão no cenário internacional girava em torno da repercussão negativa da medicalização e da elitização da prática médica, bem como das desigualdades existentes entre o estado de saúde dos povos – países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, configura um marco histórico, no que tange a essa discussão, por reconhecer a saúde como um direito humano e fundamental, cabendo aos governos adotarem as medidas sanitárias e sociais adequadas para sua garantia (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Para Cohn (2009), apesar dos avanços obtidos com a realização da Conferência de Alma-Ata e sua influência sobre o movimento sanitário brasileiro, ficaram dessa época, como herança para o SUS, várias características com as quais o sistema teve e está tendo que se defrontar, dentre as quais enumera: um sistema de saúde dual; uma tradição histórica de políticas de saúde centralizadas e verticalizadas, cabendo ao nível central de governo a definição de prioridades e execução dos serviços de saúde por estados e municípios; um sistema de saúde com um forte setor privado, prestador de serviços de saúde; uma distribuição de equipamentos de saúde desigual, concentrados nos núcleos mais ricos e populosos do Brasil; um modelo de saúde que privilegia o fortalecimento do complexo médico hospitalar, em detrimento das unidades básicas de saúde; a existência de um subsistema público e outro privado, diferenciando o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde segundo sua posição no mercado de trabalho e de consumo; e uma privatização do setor saúde.

A autora tece ainda considerações a respeito da descentralização e da regionalização do sistema de saúde. No que diz respeito à descentralização, aponta algumas questões institucionais desfavoráveis como a tradição brasileira de possuir um Estado nacional centralizador, refletindo políticas de saúde centralizadas e verticalizadas, cabendo aos municípios a execução das prioridades e ações ditadas pelo nível central e estadual, respectivamente. Isso porque, como o financiamento da saúde ainda apresenta uma grande parcela do

governo federal, é ele quem determina os parâmetros pelos quais a descentralização da saúde acontece (COHN, 2009).

Campos et al. (2008) corroboram a questão da não efetivação da descentralização ao afirmarem que o direcionamento do modelo organizacional da rede de APS é feito com base em incentivos financeiros. Sendo assim, mesmo que os municípios apliquem no mínimo 15% de sua arrecadação nas ações e serviços de saúde, sendo seu principal financiador no nível local, na prática, sua autonomia decisória e a efetiva descentralização ficam reféns da parametrização estabelecida pelos governos estaduais e federais, uma vez que o aporte de recursos está atrelado aos padrões por eles estabelecidos.

Quanto à regionalização do sistema, sua concretização é prejudicada pela forma como se dá o financiamento da saúde, que por vezes torna os municípios e estados competitivos entre si, na arrecadação de recursos e na distribuição desigual dos equipamentos de saúde, principalmente daqueles de maior complexidade tecnológica, impedindo o êxito na tentativa de garantir retaguarda suficiente de cobertura dos níveis de atenção secundário e terciário, uma vez que os investimentos têm sido insuficientes (COHN, 2009).

Para dar conta destas e de outras questões, o movimento que culminou com a reforma sanitária brasileira apontou a necessidade de reforma setorial no plano nacional. Castro e Fausto (2012) elencam importantes iniciativas de expansão da cobertura, que despontam do contexto de mudanças almejadas pelos atores que fizeram parte do processo, dentre as quais se destacam:

- o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass);
- a implantação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), para fortalecer a rede pública ambulatorial e estimular a integração das distintas instituições de atenção à saúde;
- o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (Paisc), considerados estratégicos para a consolidação da rede pública

ambulatorial e para a organização das práticas nos serviços básicos de saúde;

- o desdobramento das AIS, em 1987, no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), centrado na formação dos distritos sanitários, com foco na atenção integral (preventiva e curativa) e na regionalização dos serviços de saúde;
- e, nos anos de 1980, uma proposta reformista divergente dos programas seletivos e focalizados de APS, financiados pelas principais agências internacionais em países pobres ou em desenvolvimento, com ápice em 1988, com a promulgação da 'Constituição Cidadã', introduzindo a noção de saúde como direito social.

Para as autoras,

“A Reforma Sanitária Brasileira, iniciada nos primeiros anos da década de 1980, configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social e fez da política de saúde a primeira política social universal do Brasil. Emerge desse processo o SUS, coordenado no nível federal exclusivamente pelo Ministério da Saúde (unificando a condução da política nacional de saúde), com ações de saúde descentralizadas e direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal)” (CASTRO e FAUSTO, p. 177, 2012).

A formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), logo após a criação do SUS, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente no Norte e no Nordeste, exerceu forte influência na criação do Programa Saúde da Família, a partir de 1994, adotado como projeto prioritário do governo Fernando Henrique Cardoso, passando a ser cada vez mais enfatizado pelo Ministério da Saúde, como a principal estratégia para estruturar os sistemas municipais de saúde a partir da atenção primária, reorientando o modelo assistencial, agora com foco na família e na comunidade (CASTRO e FAUSTO, 2012; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

“Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da norma operacional básica 96 (NOB 96), que contempla uma importante mudança para o fortalecimento da atenção primária: a alteração no financiamento com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que tem um componente fixo, calculado em base percapta, e um componente variável, cujo principal incentivo vincula-se ao PSF” (CASTRO e FAUSTO, p. 178, 2012).

A transferência do PAB aos municípios favoreceu a ampliação do número de equipes e a cobertura da saúde da família, porém com maior concentração em pequenos municípios, especialmente nas áreas com baixa densidade assistencial. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), em 2001/2002, buscou-se promover a regionalização dos serviços e apontar os serviços básicos de saúde como principal porta de entrada do sistema (CASTRO e FAUSTO, 2012).

O acesso às ações de saúde foi ampliado, porém, ainda havia alguns desafios a serem vencidos e colocados na agenda do governo que tomaria posse em 2003, dentre os quais é possível citar: a necessidade de implantação do PSF nos grandes centros urbanos; a gestão e a formação de recursos humanos na atenção primária, e a garantia da integralidade nesse nível de atenção (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Castro e Fausto (2012), analisando a atenção conferida pelo governo Lula, no período compreendido entre 2003 a 2010, à APS, afirmam que o tema ocupou lugar de destaque dentro do Ministério da Saúde, destacando como indícios:

“...a ênfase do plano plurianual setorial (PPA saúde) na atenção básica como porta de entrada ao SUS, com expansão e aperfeiçoamento da Estratégia Saúde da Família; o crescimento contínuo das equipes e o acompanhamento das metas relativas à Saúde da Família pela Presidência da República; a inclusão da atenção básica como um dos seis eixos prioritários do Pacto pela Vida, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) em 2006, no bojo da série Pactos pela Saúde, e sua inserção em aproximadamente 13% do total de metas do Plano Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011; e o crescimento do aporte de recursos para a área durante todo o governo” (CASTRO e FAUSTO, p. 180, 2012).

A publicação da Pnab reconhece a Saúde da Família como modelo para a substituição e reorganização da atenção básica, valorizando tanto a dimensão preventiva quanto a clínica, defendendo estratégias voltadas para o fortalecimento, a expansão e a qualificação da APS no país, vinculada ao PSF (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No que se refere à incorporação de outros profissionais na atenção primária, destacam-se a incorporação das equipes de saúde bucal, cuja implantação, iniciada em 2001, foi favorecida pela adoção da política de saúde bucal, denominada Brasil Sorridente; e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), pautados na qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família (CASTRO e FAUSTO, 2012).

No que diz respeito ao fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na APS, durante o período observou-se a continuidade da expansão das ações de atenção primária no país como resposta à preocupação com a qualidade e a resolutividade das ações. Além disso, ressaltaram-se as iniciativas de acreditação e a publicação, em 2008, da Lista Brasileira de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A ênfase dada à ESF na agenda federal também pode ser observada por meio de sua inserção em macropolíticas do governo e pela incorporação de medidas voltadas para a redução das desigualdades, dentre as quais é possível citar: a implementação da agenda social para grupos até então excluídos, tais como os quilombolas e os assentados, com incentivos diferenciados para o atendimento a estas populações, o acompanhamento das condicionalidades da saúde entre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família e a atuação das equipes de saúde da família e saúde bucal nos Territórios da Cidadania. A agenda social repercutiu no financiamento da APS, através do reajuste dos principais incentivos federais, da criação de novos e da adoção de critérios para sua alocação relacionados à redução das desigualdades entre as várias regiões do país (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A partir de 2011, pode ser notada uma continuidade nos investimentos e avanços no setor saúde, em nível nacional. Tais investimentos podem ser observados por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado; da adoção das Linhas de

Cuidado, consideradas como estratégias a serem utilizadas nas RAS, aplicadas a determinados diagnósticos ou condições crônicas, que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos da rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas; do fortalecimento e ampliação dos serviços 'Saúde mais Perto de Você' (Melhor em Casa, Brasil Sorridente, Saúde da Família, Academia de Saúde e Consultório na Rua, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica –Provab, Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf, fase 2, Programa de Saúde do Escolar, Programa Brasil sem Miséria, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – Pmaq, dentre outros) e do foco na Regionalização e Articulação interfederativa, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), instituída pelo decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei nº 8.080 (BRASIL, 2013).

Brasil (2013) descreve como características das RAS a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação, a centralidade nas necessidades de saúde da população, a responsabilização por uma atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de compromissos e objetivos com resultados sanitários e econômicos. Seus atributos: população e territórios definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação; continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, qualificados e comprometidos com o alcance de metas da rede; sistema de informação integrado; financiamento tripartite; ação intersetorial e gestão baseada em resultado mostram indícios de que o governo federal permanece dispensando esforços para a consolidação da APS como estratégia estruturante do SUS.



Com a promulgação do decreto 7.508, regulamentador da Lei nº 8.080, que estabelece como portas de entrada as ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, ordenada pela APS, e a publicação da Pnab, em 2011, trazendo a consolidação da ESF como forma prioritária para a reorganização da APS no Brasil, evidencia-se que medidas estão sendo adotadas para o enfrentamento das dificuldades, tornando possível a concretização da APS enquanto política pública, preenchendo as lacunas existentes no sistema de saúde brasileiro.

### **3.4.1 A Estratégia Saúde da Família como porta de entrada preferencial e organizadora das redes de atenção à saúde**

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde concentrou esforços nas ações de caráter preventivo, investindo em programas de ações básicas como parte da estratégia que visava à reorganização do próprio modelo de atenção, especialmente a promoção da saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A formulação do Programa Saúde da Família materializou-se com a Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993, sendo implementado principalmente em pequenos municípios, com condições de absorver a demanda de atenção primária, porém com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A denominação Estratégia Saúde da Família, explicitada na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), em 2006, tornava a Saúde da Família elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS, retomando a discussão em torno do modelo de atenção a ser construído.

A articulação entre serviços de saúde e comunidade desenvolvida na ESF permite a participação popular e a expressão das necessidades de saúde da população, constituindo um marco de referência para a prática do controle social como direito de cidadania. Além disso, a ESF possibilita a ampliação da cobertura e a melhoria

dos indicadores de saúde pelos municípios, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral da saúde de maneira contínua, transformando gradualmente as práticas sociais em saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A concepção de Atenção Primária produzida pela ESF preconiza a existência de uma equipe multiprofissional, trabalhando com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se, assim, que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema local e ao primeiro nível de atenção, supondo a partir daí a integração à rede de serviços mais complexos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A equipe de saúde da família torna-se a responsável por conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, programar atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais referentes aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade, ampliando e melhorando o acesso às redes assistenciais de saúde (BRASIL, 2006).

A ampliação da rede assistencial de saúde trazida com a implantação da ESF nos vários municípios brasileiros também é apontada como fator relacionado à expansão do mercado, que vem absorvendo um número cada vez maior de trabalhadores, e à reestruturação do processo de trabalho em saúde, através da produção do trabalho em equipe (GARCIA, 2010).

Tal acréscimo observado no mercado de trabalho e a crescente absorção de trabalhadores fazem com que o setor saúde desempenhe um duplo papel social, o de prestar serviços de qualidade para a população e o de gerar empregos, uma vez que os trabalhadores no setor saúde e, principalmente, na ESF constituem a base para a viabilização e a implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde colocados à disposição da população. Segundo Almeida (2007), é consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as

instâncias de governo, que a formação, o desempenho e a gestão de pessoas estão diretamente ligados à qualidade dos serviços prestados e ao grau de satisfação dos usuários. O autor cita, ainda, que é sabido que a qualidade da assistência (ações e serviços) oferecida aos usuários do Sistema equivale-se na mesma medida ao produto final da forma e das condições como são tratados, em cada ponto de atenção, os trabalhadores que neles atuam.

Outro ponto destacado pelo autor diz respeito ao crescente processo de discussão em torno da necessidade de se compreender que o fator humano é fundamental para o desenvolvimento de todas as ações de consolidação do SUS, de acordo com a concepção de cidadania e humanização preconizadas pela Reforma Sanitária.

Campos (1992), ao analisar o tema, destaca a impossibilidade da consolidação do SUS dissociada do protagonismo dos trabalhadores de saúde no processo de construção dessa política pública. Afirma não ser possível fazer alavancar o SUS sem o esforço e a integração da grande massa de trabalhadores de saúde. Ainda a respeito do assunto, o autor alerta sobre a importância da inclusão das necessidades e demandas desses profissionais em quaisquer projetos de mudanças que venham a ser formulados, criando-se uma dinâmica e o funcionamento do sistema, que traga os denominados “recursos humanos” como um dos principais atores do processo de mudança.

Sobre a temática Recursos Humanos, Ceccim (2010) aponta que a compreensão dos trabalhadores sob esta ótica é proveniente dos estudos científicos em administração desenvolvidos particularmente, a partir de 1970, quando surge o elemento humano nas organizações como fator de análise e compreensão dos processos produtivos. Disciplinas organizacionais específicas são criadas, sugerindo que os trabalhadores deveriam passar por processos de gestão, regulação, incorporação e atualização (reciclagem), assim como os utilizados para os recursos materiais, financeiros, tecnológicos ou logísticos.

Segundo Garcia (2010), a própria denominação – recursos humanos em saúde – carrega o peso de sua fundamentação patrimonialista e burocrática, sob as quais seguem entregues à administração mecanicista do departamento de pessoal e dos gerentes de processos de capacitação.

Ao voltar-se para os serviços de saúde, Merhy (2009) interroga-nos se, de fato, a alma desses serviços tem sido o cuidado, disparado pelas demandas trazidas pelos usuários, para serem ou não acolhidas na produção do trabalho pelos profissionais de saúde. O trabalho aqui mencionado poderia ser compreendido como fruto do encontro trabalhador/usuário, produzido de modo compartilhado, com implicações para ambas as partes, sejam elas representadas por afetos, alegrias, indiferenças, tristezas, (des)encontros e, até mesmo, descuidado. Para o autor, o trabalho em saúde é perpassado por lógicas distintas e dependentes do lugar e da potência com que esses encontros se processam, de modo que o processo de trabalho aí estabelecido está diretamente interligado à maneira como o encontro se processa nos entre agente produtor e agente consumidor.

Lima et al. (2011) corroboram com a temática ao destacar o papel dinamizador dos trabalhadores de saúde, apontando a necessidade de transpor a fragmentação existente nos diferentes processos de trabalho, uma vez que essa tem sido identificada como a causadora de muitas tensões e despotencializadora dos serviços, ao impor atravessamentos que fragilizam a implicação dos trabalhadores enquanto protagonistas do agir cotidiano nos serviços e nas possibilidades de intervir nas práticas avaliadas como insatisfatórias, precárias e necessárias, aumentando sua capacidade gestora enquanto recurso de poder técnico, político-administrativo e ético.

Desse modo, ao ser assumido como estratégia, o então Programa Saúde da Família difundiu uma perspectiva inovadora para a APS no país, colocando a família e a comunidade como protagonistas do sistema, de modo a efetivar o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos, vivificando e potencializando o debate em torno das mudanças desencadeadas no modelo de atenção adotado. Mais do que isso, além de assumir o papel de ordenadora do acesso aos serviços de

saúde como principal porta de entrada, a ESF também precisa dar conta de responder, de maneira adequada, a questões referentes aos recursos humanos, tais como: a fragmentação dos processos de trabalho, fixação dos profissionais de saúde, formação e qualificação profissional, dentre outras, que coexistem no cenário brasileiro e podem pôr em xeque a reorganização do sistema de saúde, orientada por uma política de APS abrangente, que privilegie a redução das desigualdades sociais e de acesso aos serviços, contribuindo com a efetivação do direito à saúde no país.

### **3.4.2 Trabalho, processo de trabalho e gestão do trabalho na ESF**

A cartilha sobre Gestão e Formação nos Processos de Trabalho, do Ministério da Saúde, considera o trabalho como tudo aquilo que de fato se realiza e o esforço despendido nas atividades diárias do profissional para que ele dê conta do acordo feito com o gestor da área de onde está lotado e com os seus colegas de trabalho. Para isso, os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização, uma forma de agir, de se relacionar com os colegas, estabelecendo regras e dividindo as tarefas de modo a operacionalizar os diferentes saberes e experiências que perpassam pontos de vista divergentes e as subjetivações dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, construindo, assim, o processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde:

“No processo de trabalho os trabalhadores ‘usam de si’, ou seja, utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem e desaprendizagem permanente, ..., para dar conta de uma situação nova e imprevisível”. (BRASIL, 2004, p. 7)

No entanto, o que se tem observado é o vigoramento de práticas onde os profissionais são considerados caixas vazias e devem ser orientados pelas normas e programas que padronizam suas ações e reduzem seu trabalho às orientações programáticas, como resultado de processos políticos centralizadores, que culminam com a fragmentação do trabalho, a alienação dos trabalhadores e a falta de comprometimento e cooperação para com os resultados a serem alcançados. Isso porque, na maioria das vezes, o planejamento do trabalho em saúde é pensado de maneira engessada, sendo as definições transmitidas de cima para baixo, sem processos compartilhados de construção e decisão que impedem a participação ativa e efetiva das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das tarefas (FEUERWERKER, 2005).

A Saúde da Família, tida como estratégia reorganizadora da APS, é uma das mais atingidas pela fragmentação com que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde trabalham, em que a gestão está separada da atenção, a atenção separada da vigilância, e cada uma delas se desmembrando em uma infinidade de áreas técnicas necessárias aos diversos campos do saber (FEUERWERKER, 2005). Os profissionais aí inseridos costumam comungar, de formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, desvios de funções, sobrecarga de trabalho, poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores que alimentam o assédio moral localizado nas entrelinhas dessa relação desgastante e tendenciosa estabelecida entre os trabalhadores, os gestores e o sistema de saúde vigente.

A instabilidade dos vínculos associada à manutenção de condições irregulares de trabalho dos profissionais da saúde tem afetado diretamente a efetividade e a eficiência dos serviços do setor, por promover a vulnerabilidade do vínculo e a imobilidade dos profissionais, não permitindo um aprofundamento nas relações por meio do estabelecimento de um canal entre os profissionais e usuários que responda à complexidade e variedade de necessidades da população. Isso porque a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção (BRASIL, 2003).

Se por um lado é conhecida a importância da ESF para expansão e consolidação da APS e o fortalecimento do setor saúde com base em um planejamento ascendente envolvendo trabalhadores, usuários e gestores, por outro, ainda não existem métodos seguros para articular participação horizontal de todos, garantindo a preservação dos objetivos do SUS. A Teoria Geral da Administração, principalmente o taylorismo, prega a administração de pessoas como se elas fossem instrumentos ou coisas destituídas de desejos próprios, implantando regras para docilizá-las, disciplinando-as, quebrando seu orgulho, despindo-os de sua autonomia e espírito crítico (CAMPOS, 1998).

É como se a democracia se limitasse às reuniões do Conselho de Saúde ou Oficinas de Planejamento, dando lugar, a partir daí, à lógica tradicional de gerência com o poder centralizado em chefes, controle sobre a realização de procedimentos e sobre o comportamento dos funcionários, elaboração centralizada de normas reguladoras do atendimento e ausência de comunicação e interação entre os serviços que só servem para afirmar e/ou reafirmar o caráter descartável atribuído ao trabalhador (CAMPOS, 1998).

Sobre a temática, Franco (2006) chama a atenção para o caráter excessivamente normatizador, sob o qual se organiza a rede básica de saúde do SUS e principalmente a Saúde da Família, por operar sob a lógica das ações programáticas, como horários determinados para o atendimento dos grupos que formam a clientela, as fichas e as senhas que ordenam a disponibilidade de certos procedimentos, impondo amarras aos trabalhadores, constringendo-os durante a produção do cuidado.

“Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários” (FRANCO, p.2, 2006).

Merhy e Franco (2005) afirmam que o trabalho em saúde se processa, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, ou seja, o trabalho humano no instante em que é executado, determinando a produção do cuidado. É o trabalho vivo que irá interagir com instrumentos, normas e máquinas, dando origem ao processo de trabalho, no qual ocorre a interação de diversos tipos de tecnologias.

Franco (2006) corrobora com a temática afirmando que o trabalho vivo em ato é autogovernável, passível de subverter a ordem e a norma, abrindo linhas de fuga para ser exercido com maior grau de liberdade, mostrando seu poder criativo. Esse poder é necessário ao desenvolvimento do trabalho em saúde que opera a partir dos encontros e desencontros entre os trabalhadores e deles com os usuários, levando em consideração os fluxos operativos, comunicativos, políticos, simbólicos e subjetivos, formando uma intrincada rede de relações a partir da qual o cuidado ganha materialidade e o trabalho em saúde se processa.

Na tentativa de conferir visibilidade, discutir e pensar soluções para os entraves existentes no trabalho em saúde e para as questões relacionadas ao trabalhador, foi criada em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Desde sua criação, a SGTES vem estabelecendo as diretrizes nacionais da política de gestão do trabalho e implementando estratégias que induzam a qualificação da gestão do trabalho e da educação nas instâncias federadas, constituindo o principal instrumento federal para mobilizar a formação e a educação permanente no setor saúde, propondo o planejamento e a formulação de políticas de gestão e regulação da força de trabalho para a qualificação dos serviços nessa área (PIERANTONI e GARCIA, 2012; MACHADO e OLIVEIRA, 2012). Para tanto, de acordo com Machado e Oliveira (2012), outros dois departamentos foram criados: um de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), responsável por propor e formular as políticas referentes à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior, e outro, de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), nacionalmente responsável por propor, incentivar, acompanhar e elaborar políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde.

Outras propostas têm sido implementadas visando a mudanças no modelo de atenção e de gestão como a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (HumanizaSUS) que busca a valorização dos diferentes sujeitos



implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Tendo como valores norteadores a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, a vinculação solidária e a participação do coletivo no processo de gestão, esta Política tem como objetivo: valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, fomentando sua autonomia e protagonismo; aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecer vínculos e a participação coletiva no processo de gestão; identificar as necessidades sociais de saúde e gerir os processos de trabalho com foco nas necessidades dos cidadãos e produção de saúde e comprometer-se com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Observa-se, assim, que a gestão do trabalho, aqui entendida como o esforço despendido pelo Estado, nos diferentes níveis de governo para regular as relações sociais de trabalho, capacitar e formar profissionais e criar as condições adequadas de trabalho, passou a ocupar lugar estratégico no sistema, tornando-se responsável por pensar e formular, na área de gestão, alternativas que deem suporte a um processo de trabalho diferenciado que promova mudanças no modelo assistencial e permita a oferta de uma APS resolutiva e de qualidade, e de uma ação direcionada ao campo social (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

No processo de implementação da ESF, a gestão do trabalho ganha centralidade à medida que a necessidade de ampliar e fixar o quadro de pessoal no âmbito municipal cresce proporcionalmente à adesão dos municípios ao novo modelo, num cenário de transição econômica e de reforma de Estado, que, ao contrário do que ocorria, tinha por diretriz a redução da participação estatal na prestação de serviços (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

Por outro lado, a ampliação da força de trabalho nos municípios esbarra em medidas restritivas para a contratação de pessoal no setor público, tais como a Lei de Responsabilidade Fiscal, o que acarretou na proliferação de contratos de trabalho pouco regulados, intermediados por fundações privadas, cooperativas e

Organizações não Governamentais (ONGs), denominados “contratos precários” (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

A respeito da “precariedade do trabalho no SUS”, Nogueira (2006) afirma que tal expressão tem sido utilizada para caracterizar os aspectos críticos da proliferação de contratos pouco regulados em vigência e que, então, a solução seria dar início a um processo de “desprecarização” do trabalho. Na verdade, para o autor, a utilização de tais termos deve ser reparada, pois, ao se enfatizar a precariedade do vínculo, tem-se em mente apenas o ponto de vista do trabalhador, pressupondo-se que nesses vínculos faltariam importantes elementos de proteção aos seus direitos e aspirações. Porém, tomando por base o direito administrativo brasileiro, o que ocorre é uma irregularidade do vínculo em sua origem, que, por não obedecer à norma de ingresso às instituições do Estado via concurso público, é considerado nulo, não assegurando continuidade nem ressarcimento de benefícios ao trabalhador. Além disso, o fato de o empregador cumprir diversos direitos trabalhistas, dentre eles o da contribuição à previdência social, décimo terceiro salário, férias, dentre outros, não caracteriza a regularidade do vínculo, quando a exigência de admissão mediante concurso público, fundamentada nos princípios da moralidade, legalidade, impessoalidade e publicidade, não foi seguida.

A expressão “desprecarização do trabalho”, então, daria uma falsa ideia de que o trabalhador beneficiário de uma política de reparo, caso não tenha seus direitos atendidos, seria mantido na função que desempenha. No entanto, o que ocorre é que os “vínculos precários”, por sua condição irregular, deverão ser substituídos por trabalhadores regulares, admitidos mediante concurso público (NOGUEIRA, 2006).

“Portanto, o que está em jogo é a implantação de uma situação de legalidade dos vínculos, e a melhor denominação que se pode dar a tal política é a de *regularização dos vínculos de trabalho*” (NOGUEIRA, p. 6, 2006).

A respeito da irregularidade do vínculo de trabalho, o autor a define como sendo:

“... todo vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança, etc.), por pertencer a uma empresa empregadora contratada mediante as normas legais de licitação” (NOGUEIRA, p.5, 2006).

Nesse sentido, a ESF foi uma das políticas setoriais que sofreu grande impacto por este novo arranjo político-institucional, abarcando um percentual elevado de trabalhadores de saúde com vínculos trabalhistas firmados com entidades diversas. Além disso, muitas secretarias municipais de saúde reaproveitaram o quadro estatutário existente, pactuando com os trabalhadores a alteração em seu processo de trabalho, segundo a lógica do novo modelo de organização da atenção vigente (MENDONÇA, 2000).

No entanto, a ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), na maior parte dos municípios, desestimula o desenvolvimento e o crescimento profissional, bem como inibe o maior envolvimento do trabalhador com seu trabalho, acarretando desmotivação e evasão dos profissionais (LIMA et al., 2003).

Surge, então, uma variável que exerceu impacto sobre o mercado de trabalho no setor saúde, diferenciando-o do mercado de trabalho em geral, relacionado à peculiaridade existente no processo de trabalho e na estrutura ocupacional no setor público de saúde, onde existem atividades que se relacionam e estão direcionadas às categorias profissionais específicas e que exigem determinado grau de qualificação. A qualificação dos trabalhadores de saúde, por sua vez, coloca-se como outra variável a ser considerada pela gestão por constituir um diferencial competitivo no mercado de trabalho, de modo a garantir eficiência e eficácia às propostas e projetos institucionais (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

Ainda, segundo as autoras, a inserção de uma variedade de categorias profissionais no mercado de trabalho, sobretudo na Estratégia Saúde da Família, traz consigo a dificuldade de fixação e de cumprimento de carga horária por alguns profissionais pelos municípios, além da necessidade de uma constante

atualização dos trabalhadores, com base no desenvolvimento de competências interdisciplinares que lhes permitam lidar com a diversidade e a adversidade encontrada no território e no desenrolar do seu processo de trabalho.

## 4 DESENHO METODOLÓGICO

Delimitar o objeto de estudo e escolher o caminho a ser percorrido durante a pesquisa são elementos fundamentais para o pesquisador, que visualiza na construção de um estudo a oportunidade de reflexão a respeito de sua prática, já que a teoria, muitas vezes, pode estar associada à vivência do autor ou ser desencadeada por essa vivência.

Esta dissertação constitui um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem quantiquantitativa, cujo foco são os fatores facilitadores e limitantes da consolidação da ESF.

Organiza-se a partir de debates teóricos que originaram dois artigos, cujos resumos constam no corpo desta dissertação. Nos resultados são identificados e discutidos os desafios e possibilidades de consolidação da ESF, tendo como balizadores a gestão do trabalho e a Política de Atenção Primária à Saúde, que tem como foco a ESF como porta de entrada no sistema de saúde e ordenadora da rede de serviços integrada. Para tanto, foram criadas quatro categorias de análise, a saber: qualificação, inserção e remuneração; organização do processo de trabalho; a ESF como porta de entrada no sistema de saúde; coordenação e integração da ESF à rede assistencial.

A fundamentação necessária à discussão dos dados originou um quadro teórico abrangendo a análise das políticas públicas de saúde; conceitos, abordagens e a caracterização da APS; a política de APS no Brasil; a ESF como porta de entrada preferencial e organizadora das redes de atenção à saúde; trabalho, processo de trabalho e gestão do trabalho na ESF.

Para a realização da coleta de dados, foi solicitada autorização de cada um dos municípios participantes. Vale ressaltar que, além da autorização, esse contato prévio constituiu um momento rico em informações e dados pertinentes à temática da pesquisa, originando um diário de campo utilizado no entendimento e na discussão dos dados obtidos com a aplicação dos questionários.

## CENÁRIO

O estudo foi realizado nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama, no estado do Espírito Santo. O estado fica situado na Região Sudeste, perfazendo um território de 46.077,5 Km<sup>2</sup>. Segundo dados preliminares do Censo 2010 do IBGE (2011), sua população é de 3.512.672 habitantes.

Até o ano de 2011, os seis municípios formavam a Microrregião de Saúde Linhares e faziam parte da Macrorregião Norte de Saúde. Atualmente, o novo Plano Diretor de Regionalização (PDR) traz uma divisão estadual em quatro regiões de saúde (Norte, Central, Metropolitana e Sul – figura 1), tendo como referência as quatro superintendências existentes (São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim). Essa lógica de divisão tem por base a nova política de regionalização do estado, cujos principais objetivos são: a orientação do processo de planejamento em saúde, com base nas necessidades e características regionais; garantia do acesso, da resolutividade e da qualidade das ações e serviços de saúde; garantia da integralidade da atenção à saúde em todos os níveis; avanço na equidade da política de saúde; redução das desigualdades regionais existentes; racionalização dos gastos e otimização da aplicação dos recursos na região (ESPÍRITO SANTO, 2011a). Os seis municípios que fazem parte deste estudo estão inseridos na Região de Saúde Central e fazem parte da denominada região de planejamento Rio Doce.

Conforme o desenho do PDR, a Região de Saúde Central é constituída por 18 municípios, com uma população total de 571.302 habitantes, dos quais 75,81% residem em área urbana e 24,19%, na zona rural. Os municípios que a constituem possuem como referência/polo regional de saúde as cidades de Linhares e Colatina (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Apesar do novo formato de regionalização que busca tratar as regiões de saúde de forma horizontal e única e não mais com a lógica de macrorregiões e microrregiões de saúde, é possível visualizar na região central a organização dos

municípios em dois blocos, aqui denominados polos de saúde, sendo um formado pelos municípios em torno da cidade polo de Linhares (Aracruz, Ibraçu, João Neiva, Rio Bananal e Sooretama) e o outro, constituído pelos municípios em torno do município de Colatina (Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Governador Lindenberg, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Vila Valério).

**Figura 1. Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Espírito Santo - 2011**



Essa organização pode ser justificada pela identidade cultural e pelo conjunto de valores por meio dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencendo a um território em comum, de modo a constituir uma escala adequada de serviços. Além disso, devem ser consideradas, durante a delimitação dos agrupamentos municipais que darão origem às regiões de saúde, as redes de articulação regionais já existentes (contiguidade, distância entre os municípios, acesso aos serviços de saúde, infraestrutura de transporte, malha viária, a identidade cultural e o fluxo de pessoas historicamente constituído), aproveitando-se os elementos que tenham capacidade de contribuir no fortalecimento da identidade regional (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Para fins desta pesquisa, optou-se por trabalhar com os municípios que anteriormente constituíam a microrregião de saúde Linhares e que agora podem ser identificados como os do Polo de Saúde Linhares. A justificativa para tal delimitação está relacionada à malha viária, à rota estabelecida para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, à inexistência de dados sistematizados a respeito dos trabalhadores de saúde desses municípios, ao fato de a maior parte das pesquisas realizadas no Estado privilegiarem a região metropolitana, além do desejo da autora em contribuir para a ampliação do conhecimento e sistematização de dados que possam melhorar os serviços de saúde da região onde atua como trabalhadora de saúde. Além disso, segundo informações dos secretários de saúde do Polo Linhares, apesar da nova divisão estadual estar sob a lógica das macrorregiões, esses municípios continuam reunindo-se e formando redes assistenciais de saúde.

O Polo de Saúde Linhares, segundo o censo realizado pelo IBGE em 2010, possui uma população de 291.364 habitantes, dos quais 81.6% residem na área urbana e 18.4%, na zona rural. A taxa de analfabetismo varia entre 8% e 14%, e a maior parte da população está vinculada a uma rede geral de abastecimento de água, com exceção do município de Rio Bananal.



**Quadro 2 – Dados demográficos e socioeconômicos dos municípios do Polo Linhares, conforme o IBGE - 2010.**

Item		Municípios											
		Aracruz		Ibiraçu		João Neiva		Linhares		Rio Bananal		Sooretama	
Demografia	Percentual de população urbana/rural	U 87.3	R 12.7	U 75.7	R 24.3	U 80.7	R 19.3	U 86	R 14	U 38.7	R 61.3	U 70.7	R 29.3
	Total	81.746		11.158		15.808		141.254		17.538		23.860	
Alfabetização	Nº de pessoas com 5 anos ou mais	75.546		10.463		14.899		130.130		16.351		21.159	
	Nº de pessoas com 5 anos ou mais alfabetizadas	69.147		9.494		13.741		115.741		14.089		18.219	
	Taxa de alfabetização	91.5%		90.5%		92.2%		88.9%		86.2%		86.1%	

Fonte: IBGE, censo demográfico, 2010.

A cobertura de estratégia saúde da família não é homogênea, conforme pode ser observado no quadro 3, alternando períodos com cobertura superior a 90% e inferior a 30% entre os municípios. Tal fato pode estar associado às dificuldades para a contratação e fixação do profissional médico, bem como ao déficit financeiro que os municípios, principalmente os de pequeno porte, têm enfrentado nos últimos anos.

**Quadro 3 – Percentual de cobertura populacional de Saúde da Família, por município do Polo Linhares, 2004-2011.**

Município	Percentual de cobertura							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aracruz	65.6%	65.6%	95.5%	93.7%	93.7%	89.1%	78.9%	97%
Ibiraçu	0.0%	33.3%	97.6%	64.6%	64.6%	64.6%	64.3%	61.7%
João Neiva	87%	87%	83.9%	82.9%	62.1%	70.4%	47.2%	43.6%
Linhares	23.6%	47.2%	45.4%	44.9%	64.5%	60.6%	62.4%	58.6%
Rio Bananal	100%	100%	100%	100%	100%	80.3%	60%	100%
Sooretama	88.3%	88.3%	82.8%	81%	81%	74.1%	87.1%	86.8%

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2012

A queda da arrecadação municipal, a falta de reajustes dos valores repassados para custeio da ESF pelo governo federal, ou o repasse realizado mediante o cumprimento de parâmetros preestabelecidos e, ainda, a tímida participação

financeira do Estado, no que se refere à ESF, fazem com que os municípios tenham que investir cada vez mais no setor saúde, como pode ser observado no Quadro 4, equivalendo a uma variação de 15% a 30% da receita própria aplicada em saúde, conforme a Emenda Constitucional 29/2000. Porém, os acréscimos na aplicação de receita própria nem sempre são acompanhados de melhorias na qualidade do atendimento ou na ampliação da rede de serviços nos municípios, uma vez que o aumento do aporte de recursos municipais pode estar relacionado à redução da arrecadação municipal, sendo necessário aumentar o percentual repassado para a manutenção dos mesmos serviços; ou para suprir os atrasos e perda de repasse federal, ocasionados, por exemplo, pela falta do médico, fazendo com que a equipe deixe de receber recursos por estar incompleta. Esta situação constitui uma dualidade enfrentada pelos municípios rotineiramente, visto que necessitam dos incentivos federais para manutenção das equipes, mas ao mesmo tempo não conseguem mantê-los pela falta de fixação dos médicos. Além disso, os valores repassados estão muito aquém dos custos para a contratação e custeio de uma equipe de saúde da família.

**Quadro 4 – Relação de investimentos em saúde, por município do Polo Linhares, conforme o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) 2006-2010; 2012.**

Indicador	Ano	Aracruz	Ibiraçu	João Neiva	Linhares	Rio Bananal	Sooretama
Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000.	2006	15.07%	20.45%	28.07%	24.44%	22.81%	19.46%
	2007	19.09%	21.15%	19.61%	28.71%	19.37%	20.17%
	2008	22.06%	16.50%	17.64%	22.29%	21.94%	19.49%
	2009	18.97%	16.41%	21.04%	23.16%	24.25%	20.85%
	2010	17.20%	20.02%	20.79%	30.58%	28.81%	24.39%

Fonte: SIOPS. Situação de base de dados nacionais em 08/04/2012.

No Polo estudado, a APS é organizada prioritariamente a partir da ESF, possuindo um sistema misto de organização do primeiro nível de atenção (PACS, ESF Unidades Básicas de Saúde). Foi possível observar, durante a realização dos trabalhos de campo, uma heterogeneidade entre os municípios no que se refere aos pontos de atenção existentes, a estruturação, organização e resolutividade da rede assistencial. Tal fato é previsto dentro da lógica de regionalização, em que os municípios menores, responsáveis pela APS e por parte da média complexidade, se organizam em torno dos municípios maiores para pactuar as referências de parte da média e da alta complexidade. No entanto, existe um longo caminho a ser percorrido entre os acordos e resoluções firmados e a efetivação dos serviços em rede. A descentralização das ações existe, porém as decisões permanecem centralizadas no ente federal, ou no estadual, ou ainda naqueles municípios que polarizam as regiões de saúde, promovendo as iniquidades em saúde.

#### SUJEITOS DA PESQUISA

A população do estudo foi composta por uma amostra do conjunto de trabalhadores ativos das 64 equipes mínimas da ESF que atuavam no Polo de saúde Linhares, no estado do Espírito Santo, em março de 2012, quando o sorteio das equipes participantes e suplentes foi realizado. Fizeram parte do estudo: 40 agentes comunitários de saúde, 14 auxiliares/técnicos de enfermagem, 14 enfermeiros e 12 médicos. Isso porque 02 agentes comunitários de saúde e 02 médicos se recusaram a participar do estudo.

As equipes foram selecionadas através de amostra estratificada por partilha proporcional. Em cada um dos municípios do estudo foi levantado o número de profissionais de saúde em serviço, tendo como fonte as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e, em seguida, feita a distribuição do percentual dos profissionais em cada categoria sanitária (agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos).

Para a seleção da amostra utilizou-se como critério de inclusão ser membro da equipe mínima completa e, como critério de exclusão, estar na equipe há menos de três (03) meses. Na categoria ACS, foram sorteados três participantes em cada equipe.

O número de equipes participantes da pesquisa, em cada um dos municípios, foi sorteado conforme critério estatístico estabelecido, de modo que a amostra formada representasse de fato o universo a ser pesquisado. Para isso, sorteou-se em cada município, a(s) equipe(s) participante(s) e a(s) equipe(s) suplente(s). Em nenhum dos municípios foi necessário acionar a equipe suplente.

O critério estabelecido para o sorteio foi:

1. Municípios com até 5 equipes - sorteada 1 equipe participante e 1 equipe suplente, tendo em vista que os municípios que se enquadravam nesse item possuíam apenas duas equipes cadastradas e atuantes quando da realização do sorteio e da coleta de dados.
2. Municípios com 6 a 10 equipes - sorteadas 2 equipes participantes e 4 equipes suplentes.
3. Municípios com 11 a 30 equipes - sorteadas 4 equipes participantes e 6 equipes suplentes.

O quadro 5 caracteriza o município quanto à população (menor/ maior ou igual a 50 mil habitantes), ao número de equipes existentes em cada município e ao quantitativo sorteado. Com base nele, é possível visualizar que haviam sido selecionadas um total de 14 equipes, sendo 14 enfermeiros, 14 médicos, 14 técnicos/auxiliares de enfermagem e 42 ACS, para participarem do estudo.

**Quadro 5 – Relação, por município, do número de equipes existentes e número de equipes sorteadas.**

Município	< 50 mil	≥ 50 mil	Nº Equipes	Equipes participantes	Equipes suplentes
Aracruz		X	23	04	06
Ibiraçu	X		02	01	01
João Neiva	X		02	01	01
Linhares		X	24	04	06
Rio Bananal	X		07	02	04
Sooretama	X		06	02	04
<b>Total</b>			64	14	22

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2012.

## COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida por meio da aplicação de três questionários semiestruturados e autopreenchidos (APÊNDICES C, D e E), cada um direcionado para a função desempenhada dentro da equipe de saúde da família: agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem e um específico para os profissionais de nível superior (enfermeiro/médico). Os questionários foram estruturados ao redor de quatro tópicos: perfil do profissional, inserção e capacitação na ESF, organização do processo de trabalho na ESF e coordenação e integração na rede dos serviços de saúde.

Para a elaboração dos instrumentos, tomou-se como referência as necessidades provenientes da realidade local, previamente identificadas, e os instrumentos já validados e utilizados na pesquisa *Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos*, coordenada pelas pesquisadoras da FIOCRUZ Lígia Giovanella, Sarah Escorel e Maria Helena Magalhães de Mendonça (GIOVANELLA et al., 2009). Para os objetivos deste estudo, foram realizadas as devidas adequações, conforme as necessidades locais, sendo o instrumento adaptado, testado e validado no município de Domingos Martins, por meio da pesquisa intitulada “Mapeamento dos Trabalhadores de Saúde na ESF: avaliando os diferentes processos de

trabalho no município de Domingos Martins - ES”, realizada em 2011 (SULTI, 2011).

Os questionários foram aplicados pela autora da pesquisa, auxiliada por pesquisadores integrantes do Nupgasc, no período compreendido entre março/2012 e março/2013, após reunião com cada uma das equipes participantes para apresentar os objetivos da pesquisa e sua importância para a obtenção de avanços relacionados à saúde da família e à APS, no Espírito Santo. O extenso período de coleta de dados foi devido às dificuldades encontradas para agendar a coleta nas equipes de saúde da família em um dos municípios do estudo.

A pesquisa previa uma segunda etapa de coleta de dados por meio da realização de grupo focal. Esta etapa foi inviabilizada devido às mudanças ocorridas nos componentes das equipes que participaram da primeira etapa, em todos os municípios do estudo, em decorrência do período eleitoral.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes dos questionários foram armazenados e processados no software SPSS Statistics, 18.0, para cálculo de frequências absolutas e relativas.

No entanto, nos resultados, só serão utilizados para a discussão os dados pertinentes ao recorte feito e que respondam aos objetivos deste estudo. Isso porque, como mencionado anteriormente, este estudo é parte integrante de uma pesquisa maior que fará uso de todos os dados coletados na elaboração e publicação do relatório final.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, registrada com o número 255/11 (ANEXO A). O projeto de pesquisa foi apresentado aos Secretários Municipais de Saúde dos municípios participantes, sendo solicitada a autorização para a realização da pesquisa no âmbito municipal, através da assinatura do Termo de Autorização do Gestor (APÊNDICE A).

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual os sujeitos da pesquisa, após terem sido devidamente esclarecidos sobre a investigação, manifestaram anuência à sua participação. A privacidade e a confidencialidade dos dados coletados e todos os procedimentos éticos atinentes à pesquisa foram rigorosamente cumpridos.

## 5 RESULTADOS

### Qualificação, inserção e remuneração

A análise do perfil dos profissionais das equipes de saúde mostra uma forte feminilização da força de trabalho e a presença de um grande contingente de profissionais adultos jovens entre os profissionais que compõem as equipes (ACS, auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros/médicos), como pode ser observado no Quadro 6. Mais de 85% dos ACS e dos auxiliares/técnicos de enfermagem cursaram o ensino médio completo e, com um percentual menor, alguns deles têm o ensino superior completo, demonstrando a busca por uma melhor qualificação por parte desses profissionais. Observou-se, ainda neste quadro, que 53.8% dos profissionais de nível superior possuem especialização com foco em saúde da família e 15.4% dos médicos são especializados em medicina de família e comunidade. Todos os profissionais das equipes afirmam já ter participado de alguma capacitação ou treinamento, com foco na APS e na saúde da família, sendo possível inferir a preocupação dos gestores com o aperfeiçoamento e a qualificação dos profissionais.

Os indicadores de qualificação indicam que pouco mais da metade dos profissionais de nível superior possuem especialização com foco voltado à saúde da família, revelando uma tendência de investimento, ainda que tímida, na formação dos profissionais das equipes em nível local. Tal constatação é corroborada pelo fato de o Espírito Santo, nos anos de 2010 a 2012, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), apoiada pelos gestores municipais e instituições de ensino, ter desenvolvido uma especialização em APS, com vagas disponíveis para todos os municípios e com a possibilidade de todos os profissionais interessados em cursá-la, cujo intuito era o de suprir as lacunas existentes no desenvolvimento de competências que permitissem aos profissionais compreenderem a proposta trazida pela APS e atuar junto à diversidade e à adversidade existentes em seu território de abrangência.



**Quadro 6 . Perfil e qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família no Polo de Saúde Linhares - ES, 2012/2013.**

CARACTERÍSTICAS	ACS	AUXILIAR/TÉCNICO	ENFERMEIROS E MÉDICOS
<b>Sexo</b>			
% de profissionais do sexo feminino	95	85.7	73.1
% de profissionais do sexo masculino	5	14.3	26.9
<b>Faixa etária</b>			
% de profissionais entre 20 e 35 anos	65	53.8	72
% de profissionais entre 36 e 45 anos	22.5	23.1	16
% de profissionais com 46 anos ou mais	12.5	23.1	12
<b>Escolaridade ACS e Auxiliar/Técnico de Enfermagem</b>			
% de profissionais com Ensino Médio Completo	87.5	92.9	-
% de profissionais com Ensino Superior Completo	5	7.1	
<b>Realização de especialização focada em SF</b>			
% de enfermeiros e médicos com especialização em SF	-	-	53.8
<b>Especialista em medicina de família e comunidade</b>			
% de médicos especialistas em medicina de família e comunidade	-	-	15.4
<b>Realização de capacitações/treinamentos</b>			
% de profissionais que realizaram capacitações/treinamentos	100	100	100

Apesar dos esforços pontuais, a qualificação dos profissionais permanece como elemento crítico no processo de consolidação da ESF, constituindo um grande desafio para a gestão pública e demandando a adoção de estratégias de desenvolvimento profissional contínuo, de modo a aprimorar e desenvolver as competências técnicas necessárias a cada profissão, além daquelas que englobam a atenção primária em um contexto mais amplo, abrangendo ações coletivas e a atuação comunitária (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

No caso dos médicos, no Brasil, é interessante ressaltar que a categoria pode obter uma especialização através de três mecanismos: os exames realizados pelas sociedades especialistas, as residências médicas (MACHADO, REGO e TEIXEIRA, 1997) e mais recentemente, por meio de sua inserção no Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab). O Provab, instituído pelo Ministério da Saúde, procura redirecionar o foco, até então centrado nas especialidades e subespecialidades voltadas para a média e alta complexidade, e inserir o profissional na ESF, onde deverá cumprir uma carga horária de 40 horas

semanais, sendo 32 horas de trabalho junto com a equipe e oito horas destinadas a uma especialização com foco em saúde da família, a fim de reforçar o contingente de profissionais médicos generalistas voltados à proteção e à promoção da saúde. O profissional que completa os doze meses de participação no Provac, além do título de especialista, tem uma bonificação de 10% nas provas de residências que venha a prestar (BRASIL, 2013).

Esta e outras iniciativas do governo federal, como o abatimento nos financiamentos de mensalidades feitos pelos estudantes na proporção de um para um, ou seja, a cada ano trabalhado em municípios do interior ou nas periferias das grandes cidades, um ano de financiamento amortizado, são tentativas de atraírem os profissionais médicos para qualificação e atuação na ESF. E, quem sabe, romper com o consenso existente entre a corporação de que a formação pós-graduada e o contato com a tecnologia mais avançada na área sejam as únicas a possibilitar a ascensão a uma forma diferenciada de inserção profissional, relacionada a um padrão de vida elevado e à fixação em grandes centros urbanos (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

Vale destacar, ainda, que a qualificação em APS leva a uma competência técnica, considerada uma das bases da resolutividade e credibilidade dos profissionais que nela atuam (PADILHA, 2002). Assim, para os médicos, uma formação específica estaria diretamente relacionada à eficiência e eficácia dos serviços, reduzindo os encaminhamentos aos especialistas e garantindo maior segurança aos profissionais quanto ao diagnóstico e à terapêutica.

O Quadro 7 mostra que 64.3% dos auxiliares/técnicos possuem experiência anterior em saúde da família e apenas 38.4% dos enfermeiros/médicos a possuem. O fato de pouco mais de um terço dos enfermeiros/médicos ter experiência anterior em saúde da família nos faz deduzir que, nos municípios localizados no interior do estado, a ESF ainda não constitui um campo de trabalho atraente para tais profissionais, sobretudo os médicos que a utilizam como emprego temporário, enquanto não passam nas provas de residência ou não conseguem oportunidades de trabalho na região metropolitana. No caso dos

agentes comunitários de saúde, o fato de apenas 10% terem relatado experiência anterior em saúde da família pode estar relacionado com as peculiaridades de contratação desse profissional, como a necessidade de residir no território de atuação. Constata-se, ainda, que 42.9% dos auxiliares/técnicos e 26.9% dos enfermeiros/médicos apresentavam experiência de trabalho anterior na SMS.

Analisando o processo de inserção, ainda neste quadro, observou-se que a maior parcela dos profissionais das equipes é contratada pela SMS: 100% dos ACS, 100% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 65.4% dos enfermeiros/médicos, existindo um percentual menor de cedidos e contratados por terceiros entre os profissionais de nível superior. Tal situação, no caso dos ACS e auxiliares/técnicos, caracteriza uma reversão no quadro de diversidade de vínculos ou ausência deles, existente na fase de implantação da ESF (MACHADO e OLIVEIRA, 2012). No caso dos profissionais de nível superior, a coexistência de três tipos de vínculo pode estar relacionada, dentre outros fatores, com a dificuldade enfrentada para absorvê-los em sua folha de pagamento, devido à lei de responsabilidade fiscal e com o apadrinhamento político presente em alguns municípios do interior do estado.

O Quadro 7 também contempla, na apresentação da inserção dos profissionais, as formas de vinculação mais praticadas no Polo de saúde estudado, onde ainda prevalecem os 'vínculos irregulares de trabalho' (NOGUEIRA, 2006), com um reduzido percentual de profissionais estatutários, admitidos via concurso público, sendo 14.3% entre os auxiliares/técnicos e 7.7% entre os enfermeiros/médicos. Entre os ACS, embora as respostas variem em torno de admissão via processo seletivo ou concurso público e vinculação estatutária ou contrato temporário, o que ocorre no polo de saúde estudado é uma vinculação via contrato por tempo indeterminado conforme legislação vigente.

Sobre a temática, Flegele et al.(2010) afirmam que a desregulamentação das relações de trabalho, assim como a irregularidade dos vínculos, tem ocasionado mudanças relevantes nas formas de estruturação da força de trabalho no SUS, sobretudo na ESF, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e

seus usuários, prejudicando a qualidade e a continuidade das ações e serviços prestados à população.

**Quadro 7. Inserção e fixação dos profissionais das equipes de saúde da família na estrutura organizacional das SMS, no Polo de Saúde Linhares - ES, 2012/2013.**

CARACTERÍSTICAS	ACS	AUXILIAR/ TÉCNICO	ENFERMEIROS E MÉDICOS
<b>Experiência de trabalho anterior em SF</b>			
% de profissionais com experiência anterior em SF	10	64.3	38.4
<b>Experiência de trabalho na SMS</b>			
% de profissionais já atuantes na SMS	-	42.9	26.9
<b>Tempo de atuação na ESF no município</b>			
% de profissionais até 12 meses	5	21.5	11.1
% de profissionais entre 13 meses e 3 anos e 11 meses	17.5	21.5	38.9
% de profissionais com mais de 4 anos	77.5	57	50
<b>Forma de ingresso na SF</b>			
% de profissionais admitidos por concurso público	20	14.3	7.7
% de profissionais admitidos por processo seletivo	77.5	57.1	46.2
% de profissionais admitidos por indicação de outro profissional	-	14.3	3.8
% de profissionais admitidos por indicação política	-	14.3	15.4
% outras formas (Procura por trabalho, análise de currículo)	-	-	23.1
<b>Instituição Contratante</b>			
% de profissionais contratados pela SMS	100	100	65.4
% de profissionais contratados pela SESA	-	-	26.9
% de profissionais terceirizados (OSCIP)	-	-	7.7
<b>Regime de trabalho</b>			
% de profissionais estatutários	45	7.1	7.7
% de profissionais celetistas (CLT)	-	7.1	19.2
% de profissionais contratados temporariamente	47.5	78.7	46.2
% de profissionais comissionados	-	7.1	7.7

A análise dos dados também evidencia as dificuldades enfrentadas pelos municípios para atrair e fixar os profissionais médicos, mesmo com as possibilidades de contratação com carga horária de 20 horas e de 30 horas semanais para atuarem na ESF, de acordo com o desenho trazido pela Pnab (BRASIL, 2011). Alguns municípios acabam por dispor de determinados artifícios que ora repercutem negativamente, ora positivamente dentro da equipe e na comunidade, como o *'day off'* e a possibilidade de vínculo adicional com a SMS para a realização de plantão em serviços de pronto-atendimento/urgência no município.

O *'day off'* corresponde a um dia de folga ofertado aos profissionais médicos, como forma de compensar ou até mesmo de reter o profissional no município. Se por um lado o município consegue segurar o profissional por um tempo maior, por outro, gera insatisfação na comunidade, que tem um dia de atendimento reduzido, e nos demais integrantes da equipe, que ficam sobrecarregados.

No que tange ao vínculo adicional com a SMS, como plantonista dos serviços de urgência, por vezes é apontado como elemento facilitador da fixação dos profissionais (por oferecer melhorias salariais e ações assistenciais diversificadas), podendo melhorar a articulação entre os serviços de urgência e APS (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010).

Considerando como parâmetro de fixação a permanência dos profissionais há quatro anos ou mais na equipe de saúde, os resultados mostram um percentual significativo de permanência: 77.5% dos ACS, 57% dos auxiliares/técnicos e 50% dos enfermeiros/médicos. Isto nos faz refletir que, apesar da maior parte dos técnicos/auxiliares e enfermeiros/médicos ter sido admitida via processo seletivo e possuir um contrato temporário, cerca de 50% desses profissionais têm conseguido permanecer atuando na ESF no mesmo município.

No entanto, a rotatividade permanece como entrave ao desenvolvimento do trabalho, sendo atribuída pelos profissionais a fatores diversos, como instabilidade do vínculo, remuneração inadequada, exigência de carga horária integral, existência de propostas de empregos mais rentáveis, condições de trabalho precárias e baixa oportunidade de progressão profissional. Além disso, a rotatividade dos profissionais prejudica o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a comunidade, além de interferir no trabalho em equipe, contribuindo para a fragmentação do trabalho e iniciativas isoladas de intervenção nas famílias que, por vezes, não obtêm êxito.

O Quadro 8 apresenta indicadores que apontam praticamente para a inexistência de Plano de cargos, carreiras e salários eficazes (71.4% dos auxiliares/técnicos e 94.5% dos enfermeiros/médicos não possuem plano ou estão insatisfeitos com o

plano existente); remuneração variando de um a dois salários entre os ACS, um a três salários entre os auxiliares/técnicos e três a seis salários e meio entre os enfermeiros/médicos; e pouco (2.5% entre os ACS e 21.4% entre os auxiliares/técnicos), ou nenhum acréscimo salarial vinculado a capacitações e treinamentos realizados.

**Quadro 8. Remuneração dos profissionais das equipes de saúde da família, no Polo de Saúde Linhares - ES, 2012/2013.**

CARACTERÍSTICAS	ACS	AUXILIAR/ TÉCNICO	ENFERMEIROS E MÉDICOS
<b>Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários</b>			
% de profissionais que possuem e estão satisfeitos	-	28.6	5.6
% de profissionais que possuem, mas não estão satisfeitos	-	7.1	5.6
% de profissionais que não possuem	-	64.3	88.9
<b>Remuneração mensal bruta</b>			
% com remuneração até R\$ 622,00	-	7.1	-
% com remuneração entre R\$ 623,00 e R\$ 822,00	52.5	42.9	-
% com remuneração entre R\$ 823,00 e R\$ 1.022,00	42.5	7.1	-
% com remuneração entre R\$ 1.023,00 e R\$ 2.000,00	5	42.9	-
% com remuneração entre R\$ 2.001,00 e R\$ 3.000,00	-	-	22.2
% com remuneração entre R\$ 3.001,00 e R\$ 4.000,00	-	-	27.8
% com remuneração entre R\$ 4.001,00 e R\$ 5.000,00	-	-	5.6
% com remuneração maior ou igual a R\$ 6.000,00	-	-	11.1
<b>Classificação da remuneração</b>			
% de profissionais que classificam como MUITO BOA	-	-	5.6
% de profissionais que classificam como BOA	45	35.7	22.2
% de profissionais que classificam como RAZOÁVEL	32.5	28.6	38.9
% de profissionais que classificam como BAIXA	17.5	21.4	22.2
% de profissionais que classificam como MUITO BAIXA	5	14.3	-
<b>Mudanças salariais vinculadas a capacitações/ treinamentos</b>			
% de profissionais que tiveram acréscimo salarial	2.5	21.4	-
% de profissionais que não tiveram acréscimo salarial	97.5	78.6	100

O PCCS, embora considerado uma ação prioritária e fundamental para o campo da gestão, oriundo da luta pela igualdade na forma de vinculação, valorização e promoção profissional, em resposta ao movimento de precarização do trabalho identificado na esfera pública, ainda não constitui um instrumento de gestão cuja implantação seja consensual entre gestores, enfrentando uma série de barreiras nos planos executivo e legal. Vale ressaltar que as políticas de desprecarização e PCCS são sensíveis a uma negociação complexa e onerosa, sendo possível citar como exemplo o fato de que, para a criação de PCCS, são fornecidas pelo MS apenas diretrizes, não podendo ser transferidos recursos para sua implantação,

cabendo às secretarias o financiamento das despesas com pagamento de pessoal (PIERANTONI e GARCIA, 2012).

Quanto à remuneração, apesar de ser sempre citada como fator desmotivador, a maior parte dos profissionais a classificaram como razoável ou boa, nesta pesquisa.

### **Organização do Processo de Trabalho**

Para discussão dos dados constantes na segunda categoria desta análise, tomou-se por base, principalmente, o que rege a Portaria GM nº 2.488 e suas definições sobre as características da organização do processo de trabalho para as equipes que atuam na APS, sobretudo na ESF. O redirecionamento do modelo de atenção implica a necessidade

“de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho” (BRASIL, p.14, 2011).

Nesta dimensão serão tecidas considerações a respeito da organização do processo de trabalho das equipes, abordando os seguintes aspectos: organização das ações programáticas, utilização dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pela equipe, estabelecimento de ações prioritárias para o atendimento da população, formas utilizadas para avaliação do atendimento prestado à população, forma de organização e utilização do prontuário pelos integrantes da equipe.

Como pode ser observado no Quadro 9, os principais instrumentos que orientam a realização da programação das ações desenvolvidas pela ESF, de acordo com os profissionais de nível superior, são: os dados do SIAB (69.2%), as normas do MS (46.2%), as orientações da SMS (46.2%), o perfil epidemiológico da população e da realidade local e disponibilidade de espaço físico (38.5%),

sugerindo limitações para a realização de atividades condicionadas a este último fator.

**Quadro 9. Organização do processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família, no Polo de Saúde Linhares - ES, 2012/2013.**

CARACTERÍSTICAS	ACS	AUXILIAR/ TÉCNICO	ENFERMEIROS E MÉDICOS
<b>Orientação da programação das ações desenvolvidas pela SF é feita com base em:</b>			
% dados do SIAB	52.5	14.3	69.2
% Normas do Ministério da Saúde	45	42.9	46.2
% Orientações da SEMSA	62.5	35.7	46.2
% Diagnóstico da comunidade	52.5	35.7	26.9
% Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local	62.5	35.7	38.5
% Demandas da população	45	42.9	34.6
% Disponibilidade de espaço físico	17.5	---	38.5
% Dados de outros sistemas de informação	2.5	7.1	15.4
<b>A equipe utiliza os dados do SIAB para:</b>			
% Remetê-los mensalmente à SEMSA	80	57.1	50
% Analisá-los para a tomada de decisões	27.5	21.4	50
% Discutir os dados com a coordenação da unidade	7.5	21.4	19.2
% Discutir os dados com a comunidade	2.5	7.1	34.6
% Discutir os dados com outros órgãos governamentais	---	---	7.7
% Discutir os dados entre a equipe	50	28.6	38.5
% Não sabe informar	---	28.6	---
<b>Estabelecimento de prioridades no atendimento da população cadastrada</b>			
% de profissionais que responderam que a equipe estabelece prioridades	92.5	100	94.4
<b>Ações prioritárias da equipe</b>			
% Atenção à criança	2.5	71.4	34.6
% Atenção ao adolescente	---	7.1	11.5
% Atenção aos idosos	22.5	42.9	11.5
% Atenção pré-natal	62.5	71.4	46.2
% Atenção ao puerpério	30	21.4	30.8
% Planejamento familiar	17.5	21.4	34.6
% Controle de câncer uterino	20	14.3	19.2
% Controle de DST/AIDS	2.5	---	11.5
% Controle da diabetes	40	42.9	46.2
% Controle da hipertensão	47.5	35.7	53.8
% Controle da tuberculose	7.5	---	3.8
% Controle da hanseníase	7.5	---	7.7
% Controle da dengue	5	---	34.6
% Saúde Bucal	7.5	7.1	30.8
<b>Avaliação dos serviços prestados à população, pela equipe</b>			
% de profissionais que avaliam internamente na equipe	58.54	37.50	55
% de profissionais em que a equipe avalia com participação da comunidade	12.20	43.75	10
% de profissionais em que a equipe avalia com a participação da coordenação	26.83	18.75	10
% de profissionais em que a equipe avalia de outras formas	---	---	---
% de profissionais em que a equipe não avalia	2.44	---	25



<b>Realização de anotações sobre a saúde do usuário após atendimento (ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem)</b>			
% de profissionais que anotam no prontuário do usuário	8.82	31.82	
% de profissionais que anotam em instrumento similar ao prontuário onde os demais profissionais têm acesso	11.76	9.09	---
% de profissionais que fazem anotações para uso pessoal	76.47	22.73	
% de profissionais que não fazem anotações no prontuário	2.94	36.36	
<b>Realização de anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta (enfermeiros e médicos)</b>			
% de profissionais que anotam no prontuário do usuário	---	---	88.24
<b>Forma de organização dos prontuários na unidade</b>			
% de profissionais que responderam que estão organizados por indivíduo	7.5	7.1	11.1
% de profissionais que responderam que estão organizados por família	62.5	71.4	66.7
% de profissionais que responderam que estão organizados por indivíduo e família	30	21.4	22.2

Para os ACS, mais frequentemente orientam a programação de ações: as orientações da SMS e o perfil epidemiológico da população e da realidade local (62.5%), o diagnóstico da comunidade e os dados do SIAB (52.5%). Para 42.9% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, a programação é orientada por normas do MS e pela demanda da população, sendo que 35.7% deles acreditam ser por orientação da SMS, diagnóstico da comunidade e a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local.

Acerca da utilização dos dados do SIAB pela ESF, os enfermeiros/médicos relataram que os dados do SIAB são remetidos mensalmente à SMS, analisados para a tomada de decisões (50%) e discutidos entre a equipe (38.5%). Para a maioria dos ACS (80%), os dados do SIAB são utilizados pela equipe, principalmente para serem remetidos à SMS; para 50%, os dados são discutidos entre a equipe, e para 27%, os dados são analisados para a tomada de decisão. Os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram respostas também variadas: 50% relatam que os dados são remetidos mensalmente à SMS e analisados para a tomada de decisão, 38.5% afirmaram discutir os dados entre a equipe e 34.6% discutem os dados com a comunidade.

O SIAB é um sistema produzido para agregar e para processar as informações sobre a população assistida pelas equipes de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde. As informações recolhidas em fichas de

cadastramento e acompanhamento são lançadas periodicamente no sistema, alimentando e atualizando o banco de dados, que, quando consolidados, tornam-se importante ferramenta para ser utilizada no planejamento e na programação das ações pela equipe.

A programação das ações da equipe e sua implementação em consonância com as necessidades de saúde da população constituem parte integrante do processo de trabalho das equipes. Para tanto, faz-se necessário diversificar o repertório de ações congregando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, como aqueles promovidos pelas trocas de experiências provenientes dos debates de situações entre os trabalhadores, grupos de estudo, apoio matricial, visitas, estudos a respeito de experiências inovadoras, dentre outros (BRASIL, 2011). O estudo evidenciou que, para os profissionais de nível superior, as ações são programadas, principalmente a partir dos dados do SIAB, sendo esta a segunda opção dos ACS. De uma forma ou de outra, fica claro que a equipe leva em consideração as necessidades da população para o planejamento das atividades, direcionadas pelas normas estabelecidas pelas SMS e pelo MS, representando um avanço para a consolidação da ESF.

Porém, torna-se necessária uma aproximação dos diferentes olhares e saberes existentes na equipe, de forma a equacionar o planejamento e a organização da agenda de trabalho para atingir os objetivos do grupo e suprir as necessidades da comunidade. Neste caso, manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e remetê-los mensalmente à SMS, apenas, como consta nas respostas obtidas de maior parte dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, não é suficiente para desencadear mudanças que impactem positivamente e melhorem a qualidade de vida da população. Os dados precisam ser utilizados de maneira sistematizada para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território de atuação da equipe, para que sejam feitas as prioridades necessárias e o planejamento vivo, participativo, passível de mudanças e em consonância com a realidade local.

O Quadro 9 aponta, também, que a totalidade dos auxiliares/técnicos de enfermagem (100%) e a maioria dos ACS (92.5%) e enfermeiros/médicos (94.4%) estabelecem prioridades no atendimento da população cadastrada por sua equipe.

Para os enfermeiros/médicos que responderam estabelecer prioridades no atendimento da população, as principais ações destacadas foram: o controle da hipertensão (53.8%); o controle do diabetes e a atenção pré-natal (46.2%); a atenção à criança, o planejamento familiar e o controle da dengue (34.6%).

As ações prioritárias mais citadas entre os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem foram: atenção ao pré-natal (62.5% dos ACS e 71.4% dos auxiliares/técnicos de enfermagem), controle de hipertensão (47.5% ACS e 35.7% auxiliares/técnicos de enfermagem) e diabetes (40% e 42.9%, respectivamente). Merece destaque a atenção à criança (71.4%) e a atenção aos idosos (42.9%) entre os auxiliares/técnicos de enfermagem.

“Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, p.16, 2011).

Isso está descrito na Pnab como uma das características para a organização do processo de trabalho da ESF. No entanto, é possível perceber na resposta dos profissionais que os esforços permanecem voltados para a atenção ao pré-natal, ao controle da hipertensão e diabetes e à saúde da criança (enfermeiros/médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem), seja pela lógica de programas com que o MS trabalha, prevendo financiamentos específicos para tais grupos, seja pelo fato de a atenção ao pré-natal e a redução da mortalidade infantil fazerem parte dos oito objetivos do milênio. O fato é que, apesar dos avanços, a ESF ainda trabalha com a lógica de caixinhas e programas, não conseguindo dar conta, em sua totalidade, de prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita (BRASIL, 2011). Promovendo o engessamento dos profissionais, a fragmentação do trabalho e a descontinuidade do cuidado (LIMA et al., 2011; FEUERWERKER, 2005).

Os resultados ainda revelam que a maior parte dos profissionais (97.6% dos ACS, 100% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 75% dos enfermeiros/médicos) informou que a equipe avalia os serviços prestados à população, sejam eles realizados internamente na equipe, sejam com a participação da comunidade ou com a participação da coordenação.

A participação no planejamento local de saúde, bem como no monitoramento e na avaliação das atividades realizadas pela equipe, pela unidade de saúde e pela municipalidade onde atuam, por parte dos trabalhadores, é parte inerente e característica da organização do processo de trabalho, segundo a Pnab (BRASIL, 2011). A readequação do processo de trabalho e o planejamento frente às necessidades, dificuldades, possibilidades e à realidade analisadas só é possível mediante um ciclo contínuo do planejamento, ação, monitoramento e avaliação.

Nos últimos anos o MS tem priorizado a efetivação da gestão pública, baseada em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados.

“São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País” (BRASIL, p.10, 2012).

O desenvolvimento da Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ) e mais recentemente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) são provas do investimento federal na institucionalização de práticas avaliativas na APS, como principal estratégia indutora da melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

A definição de avaliação no sentido de formar opinião e emitir juízo de valor sobre dado assunto, trazida pelo MS e aplicada nos instrumentos do PMAQ, busca superar as concepções preestabelecidas de que a avaliação resulta em ações punitivas ou que, por constituir um conjunto de saberes muito complexos, esteja acessível apenas a especialistas.

“Para tanto, situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS” (BRASIL, p.11, 2012).

Desse modo, o fato de grande parte dos profissionais relatarem que a equipe adota práticas avaliativas a respeito dos serviços prestados constitui avanço para a ESF.

O Quadro 9 mostra ainda que a forma predominante de organização dos prontuários de saúde é por família, como informaram 60% ou mais dos profissionais. Mas vale também salientar que um percentual dos entrevistados, sendo 22% dos enfermeiros/médicos e 30% dos ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem, declarou que os prontuários são organizados por indivíduo e por família.

A maior parte dos enfermeiros/médicos entrevistados (88.24%) relatou utilizar o prontuário para fazer anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta. Desta forma, pode-se observar que este instrumento é a principal fonte de registro de dados referentes à saúde dos usuários.

Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 40.9% dos entrevistados mencionaram realizar as anotações referentes à saúde do usuário em seu prontuário ou em instrumento similar, onde os demais membros da equipe têm acesso, após os procedimentos/atividades de saúde. Já os agentes comunitários afirmaram, em sua maioria (76.5%), que fazem anotações sobre a saúde do usuário para uso pessoal após as visitas domiciliares. Tal constatação corrobora a percepção de que esse é o principal instrumento de registro de informações para a maior parte dos profissionais da ESF, mas ainda pouco incorporado no cotidiano de trabalho dos ACS (MACHADO, REGO e TEIXEIRA, 1997).

A continuidade informacional e também a disponibilidade e a transferência de informações entre os profissionais das equipes são apontados como elementos que potencializam o trabalho em equipe, a coordenação do cuidado e a vinculação entre os profissionais e destes com a comunidade, culminando em um

salto de qualidade no atendimento prestado à população (GIOVANELLA e ESCOREL, 2009).

Compartilhar de forma ética e responsável as informações a respeito da situação de saúde da comunidade, assim como preencher e manter atualizados os prontuários dos indivíduos e famílias, constitui ponto favorável à equipe, impactando positivamente em seus resultados e contribuindo para a continuidade do atendimento prestado ao cidadão.

### **A ESF como porta de entrada no sistema de saúde**

A definição da atenção primária como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde constitui atributo fundamental, por ser ela a designada para garantir o acesso à rede de serviços, atendendo à maior parte das necessidades de saúde da população, além de filtrar a demanda para os níveis mais especializados de atenção. O cumprimento dessa função pela APS via ESF implica acessibilidade geográfica, temporal e cultural; a utilização dos serviços pelo usuário como primeira escolha; e o estabelecimento dos serviços de referência e contrarreferência (ESCOREL et al., 2007).

Para tanto, torna-se necessário que a unidade de saúde da família permita fácil acesso aos usuários, eliminando as barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais (principalmente por meio do acolhimento, da escuta qualificada e vinculação com a população); promova ações intersetoriais para favorecer o transitar dos usuários dentro do serviço; possua um sistema de referência e contrarreferência que de fato funcione; e atenda a demanda espontânea existente.

Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009, apontam que um bom desempenho da continuidade da atenção tem reflexos positivos na credibilidade da APS como serviço de primeiro contato e porta de entrada para o estabelecimento de vínculos. O atendimento das variadas demandas da população através de ações

de prevenção, tratamento e acompanhamento facilita a consolidação da ESF como serviço de procura regular. Isso porque a existência de uma porta de entrada preferencial e do cuidado dispensado a cada nova necessidade, seja ela programada, seja espontânea, favorece a construção de vínculos e a continuidade da atenção.

O Quadro 10 mostra que, com relação ao acesso à unidade pelos usuários, 67.5% dos ACS o avaliaram como bom ou muito bom, 12.5% como razoável e 20% como ruim ou muito ruim. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, 64.3% disseram que o acesso à unidade é bom ou muito bom, 14.3%, razoável e 21.4% ruim ou muito ruim. Para os enfermeiros e médicos, 65.4% classificaram o acesso como bom ou muito bom, 19.2% como razoável e 15.3% como ruim ou muito ruim.

Embora, a maior parte dos profissionais tenha avaliado positivamente a questão do acesso a Unidade de Saúde (US), ainda existe um percentual considerável que o classifica como razoável, ruim ou muito ruim. Isso mostra que, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, com o repasse de recursos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo governo estadual para serem investidos na construção e melhoria das estruturas físicas das US (Requalifica SUS), ainda existem importantes lacunas a serem preenchidas em relação a este quesito.

Quando perguntados sobre o acolhimento da equipe para com os usuários, 82.51% dos ACS, 85.7% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 73% dos enfermeiros/médicos o avaliaram como sendo bom ou muito bom. É possível visualizar também, no que tange à vinculação entre a equipe e a comunidade, 97.5% dos ACS, 85.7% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 76.9% dos enfermeiros/médicos fizeram uma avaliação boa ou muito boa.

Tanto o entendimento e a aplicação do acolhimento quanto o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população representam uma grande conquista da ESF, uma vez que esta estratégia tem propiciado maior proximidade entre os pares (profissionais e usuários), favorecendo o cuidado em saúde.

**Quadro 10 – Avaliação dos profissionais das equipes quanto à sua atuação como porta de entrada no sistema de saúde, no Polo de Saúde Linhares – ES, 2012/2013.**

CARACTERÍSTICAS	ACS	AUXILIAR/ TÉCNICO	ENFERMEIROS E MÉDICOS
<b>Acesso dos usuários à Unidade de Saúde da Família</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	25	35.7	34.6
% de profissionais que responderam ser BOM	42.5	28.6	30.8
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	12.5	14.3	19.2
% de profissionais que responderam ser RUIM	12.5	14.3	3.8
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM	7.5	7.1	11.5
<b>Acolhimento da equipe com os usuários</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	30	50	19.2
% de profissionais que responderam ser BOM	52.51	35.7	53.8
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	7.5	14.3	15.4
% de profissionais que responderam ser RUIM	-	-	3.8
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM	-	-	7.7
<b>Vínculo da equipe com a comunidade</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	35	14.3	15.4
% de profissionais que responderam ser BOM	62.5	71.4	61.5
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	2.5	14.3	19.2
% de profissionais que responderam ser RUIM	-	-	3.8
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM	-	-	-
<b>Atendimento à demanda espontânea</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	10	21.4	38.5
% de profissionais que responderam ser BOM	47.5	57.1	19.2
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	35	14.3	38.5
% de profissionais que responderam ser RUIM	2.5	7.1	3.8
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM %	5	-	-
<b>Desenvolvimento de ações intersetoriais</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	40	7.1	11.5
% de profissionais que responderam ser BOM	50	21.4	38.5
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	7.5	71.4	38.5
% de profissionais que responderam ser RUIM	-	-	7.7
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM	2.5	-	3.8
<b>Existência de referência e contrarreferência</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	2.5	14.3	19.2
% de profissionais que responderam ser BOM	35	42.8	11.5
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	42.5	42.8	34.6
% de profissionais que responderam ser RUIM	10	-	19.2
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM	10	-	15.4
<b>Encaminhamento a outros níveis de complexidade</b>			
% de profissionais que responderam ser MUITO BOM	17.5	7.1	19.2
% de profissionais que responderam ser BOM	35	57.1	23.1
% de profissionais que responderam ser RAZOÁVEL	40	28.6	46.1
% de profissionais que responderam ser RUIM	7.5	7.1	11.5
% de profissionais que responderam ser MUITO RUIM	-	-	-

O acolhimento traz como proposta a inversão da lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo como princípios o atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço, garantindo acessibilidade (exerce



influência direta sobre o atendimento qualificado e humanizado à demanda espontânea); a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central à equipe multiprofissional e não mais ao médico; e a qualificação da relação trabalhador-usuário, favorecendo a vinculação e o cuidado corresponsável (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

A maior parte dos profissionais avaliou como sendo bom ou muito bom o atendimento à demanda espontânea, sendo 57.5% entre os ACS, 78.5% entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e 57.7 para os enfermeiros/médicos. Vale ressaltar que, para 35% dos ACS, 14.3% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 38.5% dos enfermeiros/médicos, o atendimento à demanda espontânea é razoável, existindo ainda um pequeno percentual dos profissionais que a consideram ruim ou muito ruim.

Apesar de mais da metade dos profissionais avaliarem positivamente o atendimento à demanda espontânea, esta prática ainda representa um desafio às equipes de saúde da família, seja pela qualificação insuficiente, seja pela falta de espaço físico adequado ou ainda pela limitação no número de profissionais e sobrecarga de trabalho presente em grande parte das equipes.

O acolhimento e a resolutividade para com a demanda espontânea pela ESF é fundamental para sua afirmação enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Em primeiro lugar, porque os profissionais de saúde são considerados como os únicos definidores das necessidades de saúde da população e precisam compartilhar com o usuário que demanda por serviços este papel. Em segundo, é que a maior parte dos tipos de demanda deve ser acolhida e satisfeita na atenção primária, ou encaminhada, a partir daí, para níveis mais complexos de atenção, apoio matricial ou outros setores. Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de fragilidade e busca pelo outro são essenciais para criação e fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a comunidade, favorecendo seu acompanhamento (BRASIL, 2011).

A pesquisa mostra ainda que 90% dos ACS avaliam como bom ou muito bom o desenvolvimento de ações intersetoriais pela equipe. A opinião dos auxiliares/técnicos de enfermagem (28.5%) e dos enfermeiros/médicos (50%) diverge da dos ACS. Para 71.4% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 38.5% dos enfermeiros/médicos, a avaliação do desenvolvimento de ações intersetoriais é razoável, mas 11.5% dos enfermeiros/médicos a consideram ruim ou muito ruim.

A intersetorialidade permanece como um dos nós críticos a serem enfrentados pela ESF. A divergência de opinião constatada entre os ACS e os demais membros da equipe pode residir no fato de que, por ser ele parte integrante da comunidade, possui maior articulação com os demais setores, ao desempenhar seu papel de elo entre a equipe e a comunidade.

A atuação sobre as distintas complexidades dos determinantes sociais vai além das competências e atribuições das instituições de saúde, tornando obrigatória a ação coordenada de diversos setores e instâncias de governo. Do ponto de vista da atenção primária, no âmbito municipal, faz-se necessária a atuação intersetorial em diversos níveis, tais como: na ação comunitária, na articulação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e na articulação de políticas municipais (GIOVANELLA, ESCOREL e MENDONÇA, 2009).

A construção de APS abrangente também necessita do desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas ao enfrentamento dos determinantes mais gerais do processo saúde-doença, englobando, assim, o esforço de construção de ações coordenadas dos diversos setores e instâncias governamentais e não governamentais. A ação intersetorial, aqui entendida como a interação entre os diferentes setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para o enfrentamento de problemas complexos e necessidades dos grupos populacionais, é considerada imprescindível para a superação da fragmentação das políticas públicas (GIOVANELLA, ESCOREL e MENDONÇA, 2009).

De acordo com Escorel et al., 2007, outro atributo importante a ser observado na constituição da atenção primária enquanto serviço de primeiro contato refere-se à organização dos serviços, de modo que o acesso à rede especializada só seja possível por meio de encaminhamento feito pelo profissional da atenção primária. Tal condição, no entanto, não foi incorporada por completo na ESF, de forma que sua prática depende do grau de organização de cada sistema local. No Polo de Saúde estudado existe um percentual considerável de profissionais (62.5% dos ACS, 42.8% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 69.2% dos enfermeiros/médicos) que avalia ser razoável, ruim ou muito ruim a existência de referência e contrarreferência. Além disso, 47.5% dos ACS, 35.7% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 57.6% dos enfermeiros e médicos avaliam como razoáveis ou ruins os encaminhamentos a outros níveis de complexidade.

Giovanella, Escorel e Mendonça, 2009, apontam que os municípios brasileiros ainda enfrentam muitos problemas que comprometem a condição da ESF e, por consequência, da APS, como porta de entrada preferencial no sistema, com relação a sua capacidade de oferecer atenção integral nos diferentes níveis de atenção à saúde. Afirmam que os mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção encontram-se fragilizados, dificultando o acesso aos serviços especializados e comprometendo a resolutividade que se espera da APS.

### **Coordenação e integração da ESF à rede assistencial**

“A integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção ao longo da rede de serviços por meio de mecanismos de integração, tecnologias de gestão clínica e instrumentos para a comunicação entre profissionais de diferentes serviços” (ESCOREL et al., 2007, p. 168).

Neste sentido, a coordenação e a integração da ESF na rede dos serviços de saúde foram discutidas com base no percurso estabelecido para direcionar os usuários dentro da rede; disponibilidade de serviços no período noturno, finais de

semana e feriados; possíveis mudanças na relação entre serviços e a população, provenientes da implantação da ESF, e os principais problemas relacionados à integração da rede de serviços.

O Quadro 11 mostra que, quando um paciente é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para consulta especializada no Polo de Saúde Linhares, os percursos mais comuns são: a consulta é agendada pelo próprio paciente na central de marcação (30% entre os ACS, 40% entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e 44.4% entre os médicos), e o paciente recebe uma ficha de encaminhamento e é orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional (43.3% entre os ACS, 30% entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e 33.3% entre os enfermeiros/médicos). É possível perceber que ainda existem fragilidades com relação ao fluxo percorrido pelo usuário dentro da rede de serviços no Polo de Saúde estudado, uma vez que um percentual semelhante de profissionais fez escolha distinta para um mesmo quesito. Embora, nas duas assertivas, o usuário se torne o responsável pela marcação, é necessário que o discurso seja uniforme para que a rede funcione. Além disso, merece reflexão o fato de não haver uma continuidade no atendimento, capitaneada pelos próprios profissionais, de modo que o usuário já saia de um serviço com o agendamento realizado e garantido.

A maioria dos profissionais respondeu que os serviços disponíveis à população no período noturno, nos finais de semana e feriados são aqueles destinados aos serviços de urgência e emergência, tais como Pronto-socorro, Pronto Atendimento e Emergência Hospitalar (67.35% entre os ACS, 50% entre os auxiliares/técnicos de enfermagem e 66.67% entre os enfermeiros/médicos). 21.43% dos auxiliares/técnicos de enfermagem disseram não existir serviços disponíveis à população à noite, nos finais de semana e em feriados.

O atendimento em horários diferenciados, garantindo a acessibilidade temporal (oferta de horários e dias da semana diferenciados para atendimento, abrangendo toda população do território) também constitui um desafio para os municípios, principalmente no que se refere ao aumento do custeio envolvido na ampliação da

oferta e na contratação de profissionais para suprir os horários descobertos, principalmente médicos.

**Quadro 11 - Coordenação e integração na rede dos serviços de saúde**

CARACTERÍSTICAS	ACS	AUXILIAR/ TÉCNICO	ENFERMEIROS E MÉDICOS
<b>Percurso/fluxo percorrido pelo usuário ao ser encaminhado para um atendimento especializado</b>			
% A consulta é agendada pela USF, e a data é, posteriormente, informada ao paciente	6.7	10	5.6
% A consulta é agendada pelo próprio paciente na central de marcação	30	40	44.4
% O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada	3.3	10	11.1
% O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional	43.3	30	33.3
<b>Serviços de saúde disponíveis à população no período noturno, nos finais de semana e em feriados</b>			
% Unidade de Saúde com atendimento noturno	24.49	21.43	33.3
% Pronto-socorro	38.78	21.43	40
% Emergência Hospitalar	28.57	28.57	20
% Pronto Atendimento	---	---	6.67
% Não dispõe	---	21.43	---
<b>Utilização de protocolos para as atividades profissionais</b>			
% de profissionais que fazem uso de protocolos	---	30	55.6
<b>Principais problemas relacionados à integração da rede de serviços</b>			
% Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais			55.6
% Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais			50
% Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a emergência	---	---	38.9
% Problemas que ocorrem na relação entre a USF e o Pronto Atendimento			27.8
% Problemas que ocorrem devido às listas de espera, que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e a hospitais			50

Outro mecanismo que favorece a coordenação e a integração da rede assistencial está relacionado ao uso de protocolos clínicos, por promover a redução da variedade de condutas (ESCOREL et al., 2007). Porém, apenas 30% dos auxiliares/técnicos de enfermagem e 55.6% dos enfermeiros/médicos disseram fazer uso de protocolos para suas atividades profissionais.

Com relação aos problemas relacionados à integração da rede de serviços, 66.7% dos enfermeiros/médicos apontaram aqueles ocorridos na relação entre a USF e os serviços de urgência e emergência (66.7%); 55.6%, os problemas ocorridos na relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais; e 50%, os problemas provenientes da relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais e aqueles ocorridos devido às listas de espera, que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e aos hospitais.

Para Starfield, 2002, a coordenação das variadas ações e serviços indispensáveis à resolução de necessidades menos frequentes e mais complexas implica a garantia de continuidade da atenção. Os problemas evidenciados na resposta dos profissionais referentes à integração da rede de serviços engessam o trabalho das equipes, estrangulam o atendimento e prejudicam a continuidade do cuidado, não permitindo que a APS se consolide como porta de entrada preferencial e organizadora da rede assistencial.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do que nos propusemos, é possível afirmar o quanto a construção deste estudo foi enriquecedora, agregando conhecimento e informações para o embasamento do trabalho científico, mas também, trazendo reflexões sobre a prática profissional e a postura perante a vida.

A construção do conhecimento é um movimento contínuo que parece sempre inacabado, por envolver um constante processo de construção, (des)construção e (re)construção. Isto porque, parafraseando Albert Einstein, “*nenhuma mente que se abre para uma nova idéia voltará a ter o tamanho original*”. Talvez seja isto o que verdadeiramente impulsiona a realização de uma pesquisa: sair da posição atual em busca do novo, do esperado ou inesperado, do crescimento, do descobrimento.

Assim, visando alcançar os objetivos estabelecidos e contribuir para a geração de conhecimento, este estudo buscou suprir as insuficiências de informações a respeito da temática abordada: “fatores facilitadores e limitantes para a consolidação da ESF no Polo de Saúde Linhares”, e, assim, estabelecer uma rede institucional de coleta, intercâmbio e acompanhamento, fortalecendo a inteligência nesse campo na região e incentivando a realização de novos estudos, com vistas a qualificar o sistema e os serviços de saúde no Espírito Santo.

Inicialmente, é possível afirmar que, assim como nos resultados encontrados na pesquisa *Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos*, os trabalhadores de saúde representam um dos principais desafios para a consolidação do SUS. Na ESF, tais desafios são ainda maiores, seja no que se refere à formação e qualificação dos profissionais para atuarem junto às equipes de saúde da família, seja pelas estratégias adotadas para fixação dos profissionais e sua forma de vinculação ao trabalho, ou, ainda, pela adesão dos profissionais à proposta da ESF (MENDONÇA, MARTINS, GIOVANELLA e ESCOREL, 2010). No entanto, no que

se refere à gestão do trabalho no Polo de Saúde Linhares, encontramos alguns resultados divergentes daqueles provenientes dos grandes centros urbanos.

No contexto da ESF, embora a gestão do trabalho tenha buscado auxiliar na resolução das dificuldades relativas à sua consolidação no nível local, através de investimento e atenção dispensados à qualificação dos trabalhadores, da incorporação de práticas avaliativas, da utilização de informações referentes ao perfil e à demanda da comunidade na programação das ações da equipe e do compromisso dos profissionais em registrar os atendimentos prestados à população, ainda é possível identificar alguns nós críticos a serem trabalhados, como as dificuldades de fixação, principalmente do profissional médico, e sua adesão ao modelo assistencial que orienta a ESF; a irregularidade dos vínculos de trabalho; as ações das equipes orientadas segundo a lógica de programas e não de maneira integrada; a inexistência de PCCS e os baixos salários.

Nota-se também que na pesquisa realizada nos grandes centros urbanos existe uma busca pela regularização dos vínculos através da realização de concursos públicos, do investimento e valorização do processo de qualificação do profissional, da permanência por tempo maior nas equipes e pela adoção de mecanismos de remuneração mais adequados, não observada no Polo de Saúde Linhares. Nos municípios deste Polo, a maior parte dos profissionais é admitida por processo seletivo; há uma grande rotatividade dos profissionais, principalmente do médico, além da existência de uma considerável variação salarial, tornando os municípios competitivos entre si, na disputa pelos profissionais. O investimento na qualificação dos profissionais acontece de maneira tímida e pontual.

No que se refere à consolidação da ESF, enquanto protagonista da política de atenção primária, por ser considerada porta de entrada preferencial no sistema, foi possível identificar avanços relacionados à melhoria do acesso aos serviços, à incorporação do acolhimento nas atividades realizadas pela equipe e, assim como na pesquisa coordenada por Giovanella et al.(2009), avanços relacionados à criação de vínculos entre os profissionais de saúde da família e a população



residente em seu território de abrangência. No entanto, o cumprimento efetivo do seu papel como porta de entrada preferencial e ordenadora da rede de cuidados em saúde ainda enfrenta obstáculos.

Os municípios enfrentam numerosos problemas, tais como: os desafios encontrados para a construção da intersetorialidade, o despreparo e a pouca organização para o atendimento à demanda espontânea e a falta de referência e contrarreferência estruturada e funcional, dificultando o acesso aos serviços especializados e comprometendo a resolutividade que se espera da APS.

A falta de rotinas/fluxos preestabelecidos para o agendamento de exames e consultas especializados, a carência de serviços disponíveis em horários e dias diferenciados (atendimento noturno, nos finais de semana e feriados), a pouca utilização de protocolos clínicos para direcionar o atendimento e os problemas relacionados à integração da ESF com os serviços de urgência e emergência, bem como com a atenção especializada ambulatorial são problemas que ainda persistem e comprometem a atuação da ESF segundo seus princípios e objetivos.

Outro ponto importante refere-se aos resultados obtidos na pesquisa realizada em 2009, revelando nós críticos a serem equacionados para a garantia da integralidade; para a falta de estruturação e mecanismos de integração da rede para uma referência e contrarreferência funcional; para o acesso difícil à atenção secundária, que, se comparada à situação encontrada nos municípios localizados no Polo estudado, permite a inferência de que, mesmo em se tratando de realidades distintas (populacional, socioeconômica), os resultados foram semelhantes.

Assim como na pesquisa realizada em grandes centros urbanos, no Polo Linhares a ESF trabalha paralelamente à rede assistencial, com superposição dos serviços básicos, focados em ações educativas e preventivas, com pouca articulação à rede de serviços, não garantindo atenção integral, não constituindo principal porta de entrada e não conseguindo desempenhar seu papel de organizadora da rede de serviços integrada.

No entanto, os avanços encontrados mostram que a ESF, bem como a APS, tem estado presente nas discussões realizadas entre os entes da federação. Medidas têm sido adotadas para superar seu isolamento e reorganizar os serviços assistenciais em consonância com os princípios do SUS. Potencializar a APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e aumentar sua resolutividade constituem pontos fundamentais a serem tratados com seriedade, responsabilidade e compromisso pelos gestores, a fim de construir e consolidar uma rede integrada de serviços de saúde. No caso do Polo de Saúde Linhares, percebe-se, segundo a ótica dos profissionais, uma movimentação voltada para o desenvolvimento das potencialidades da ESF, com o intuito de desencadear mudanças no modelo assistencial que efetivem o direito à saúde pertinente aos cidadãos, mas, ainda existe um caminho a ser percorrido.

## 7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. C. (Coord.). **Diagnóstico da Situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico da macrorregião de saúde de Sobral/Ceará**: relatório final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação CETREDE/UFC/UECE. Fortaleza – Ceará, 2007.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Trad. Carmen C, Varriale et ai.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais. - Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1 ed., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Gabinete do Ministro, 24 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade geográfica: Brasil, Região Sudeste, Estado – Espírito Santo. Competência: janeiro 1998 a dezembro de 2011. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: mar/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1º Encontro Estadual dos Gestores Municipais de Saúde, Guarapari – ES. **Redes de Atenção**: avanços e desafios. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: **regulamentação da Lei nº 8.080/90**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão e formação nos processos de trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a Educação. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**: Direito à Saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 2ª Ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **PDR**: Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Espírito Santo, 2011a.

FAUSTO, M. C. R. F.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: Histórico e Perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.;CORBO, A. D. A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, dez. 2005.

FLEURY, S.; OOVERNEY. Política de Saúde: uma Política Social. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro, R. & Matos, R.A. **Gestão Em Redes**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. 2010. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Vitória (ES)**. [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LABRA, E.M. Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e intermediação de interesses: uma revisão. **Physis**. Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(2): 131-166,1999.

LIMA, R.C.D. et al. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.310-315, 2003.

LIMA, R.C.D. et al. Significando os sentidos da vida na formação dos profissionais de saúde: com a palavra os estudantes. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 167-70, jan./mar. 2011.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E. Apresentação. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 10-15, abr. 2012.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(5): 2355 – 2365, 2010.

MENDONÇA, M.H.M. O SUS e a política de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde Pública para Debate**, Rio de Janeiro, n.40, p. 13-16, 2000.

MERHY, E. E. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Material produzido para a EPJV/ Fiocruz, 2005.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de Gestão e regulação do trabalho no SUS. 2006. Disponível em: [http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas\\_gestao\\_regulacao.pdf](http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf). Acesso em: maio/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca, 2008.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: CONFERÊNCIA REGIONAL SOBRE TENDÊNCIAS FUTURAS E A RENOVAÇÃO DA META SAÚDE PARA TODOS. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. 21 p.

PIERANTONI, C.R.; GARCIA, A.C.P. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 45-55, abr. 2012.

SULTI, A.D.C. **Mapeamento dos Trabalhadores de Saúde na ESF**: avaliando os diferentes processos de trabalho em Domingos Martins – ES. 2011. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Tradução de Walkiria Maria FrankeSettineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VIANA, A.L.d’A.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

## 8 ARTIGOS

### 8.1 RESUMO DO ARTIGO 1 – DESAFIOSE POSSIBILIDADES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESPÍRITO SANTO: A GESTÃO DO TRABALHO NO CENTRO DO DEBATE

Este artigo discute os limites e as possibilidades para a consolidação da Estratégia Saúde da Família no ES, tendo como foco a gestão do trabalho em uma região de saúde. Contempla as perspectivas dos profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da família por meio de questionários por eles preenchidos sobre duas dimensões - política de inserção, qualificação, remuneração dos profissionais na estratégia e organização do processo de trabalho. Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantiquantitativo. Esses profissionais indicam que a política de qualificação, inserção e remuneração privilegia os vínculos irregulares de trabalho, com profissionais admitidos via processo seletivo e com contratos temporários. A iniciativa do gestor estadual, apoiado pelo gestor municipal e instituições de ensino para a realização de especialização, a fim de qualificar a força de trabalho da saúde da família, bem como, àquelas locais, para capacitar/treinar os demais profissionais com o mesmo foco, constitui fator fundamental para a consolidação da Estratégia Saúde da Família, devido ao baixo grau de especialização e capacitação dos profissionais para atuar em atenção primária à saúde. Na organização do processo de trabalho é possível observar o engessamento dos profissionais, a fragmentação e a descontinuidade do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão do trabalho, Estratégia Saúde da Família.



## 8.2 RESUMO DO ARTIGO 2: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO ENQUANTO PROTAGONISTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO POLO DE SAÚDE LINHARES – ES

Este estudo propõe a discussão dos desafios e avanços vivenciados pela Estratégia Saúde da Família para sua consolidação enquanto porta de entrada preferencial no sistema de saúde e sua articulação com a rede de serviços, sob a ótica dos profissionais que compõem a equipe. Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantiqualitativo. Observaram-se avanços relacionados à melhoria do acesso aos serviços, à incorporação do acolhimento e à criação de vínculos entre os profissionais e a população. Porém, o cumprimento efetivo do seu papel como porta de entrada e ordenadora da rede de cuidados em saúde ainda enfrenta obstáculos referentes: a intersectorialidade, à demanda espontânea, o sistema de referência e contra-referência, o agendamento de exames e consultas especializados, o atendimento em horários diferenciados, a utilização de protocolos clínicos e a integração da ESF com os outros serviços da rede.

**PALAVRAS-CHAVE:** acesso aos serviços de saúde, Estratégia Saúde da Família, cuidados primários.



## APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA PELO GESTOR MUNICIPAL

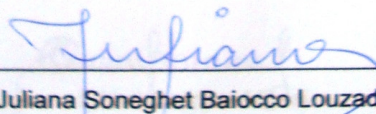
### TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa **“Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho nos municípios da microrregião de saúde Linhares – Espírito Santo”**, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de Aracruz.

Aracruz

, 12 / 03 / 2012.



Juliana Soneghet Baiocco Louzada  
Secretária Municipal de Saúde - Aracruz

Elisete Carrara Milani  
Secretária Municipal de Saúde

Juliana S. Baiocco Louzada  
Secretária Municipal de Saúde  
SEMISA - Decreto nº 23.101 de 28/11/11

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa **“Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho nos municípios da microrregião de saúde Linhares – Espírito Santo”**, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de Ibirapu.

Ibirapu - ES. , 12 / 03 / 2012.

Adriana Siqueira Piol

Adriana Siqueira Piol

Secretária Municipal de Saúde - Ibirapu

Adriana Siqueira Piol  
Secretária Municipal de Saúde  
Portaria Nº 12.105/2009

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa **“Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho nos municípios da microrregião de saúde Linhares – Espírito Santo”**, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de João Neiva.

João Neiva, 12 / 03 / 2012.

Eliani Carrara Milani

Eliani Carrara Milani

Secretária Municipal de Saúde - João Neiva

Eliani Carrara Milani  
Secretária Municipal  
de Saúde  
Decreto nº 3.392/2011

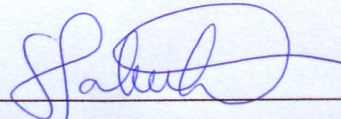
**TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa **"Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho nos municípios da microrregião de saúde Linhares – Espírito Santo"**, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de Linhares.

Linhares

, 19 / 04 / 2012.



Sônia Maria Dalmolim de Souza  
Secretária Municipal de Saúde - Linhares

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa **"Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho nos municípios da microrregião de saúde Linhares – Espírito Santo"**, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de Rio Bananal.

Rio Bananal

16 / 03 / 2012

Valdinéia Vaz Pedroni da Silva

Valdinéia Vaz Pedroni da Silva  
Secretária Municipal de Saúde – Rio Bananal

**Valdinéia Vaz P. da Silva**  
Secretária Municipal  
de Saúde e Saneamento

## TERMO DE CONSENTIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre a realização da pesquisa **“Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho nos municípios da microrregião de saúde Linhares – Espírito Santo”**, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Rita de Cássia Duarte Lima, nos municípios de Aracruz, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama.

Dou o meu consentimento para que os pesquisadores de campo possam aplicar os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa mencionada, no município de Sooretama.

SOORETAMA

16 / 03 / 2012

*Adéborá Agnezi Pubel*  
 Adéborá Agnezi Pubel  
 Secretária Municipal de Saúde  
 De Sooretama - ES  
 Decreto 00098/2012

Adéborá Agnevi Pubel  
 Secretária Municipal de Saúde – Sooretama

Valéria Vaz P. de Silva  
 Secretária Municipal  
 de Saúde e Recreação



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**Mapeamento dos Trabalhadores de Saúde na Estratégia Saúde da Família: avaliando os diferentes processos de trabalho no Estado do Espírito Santo**”.

A pesquisa terá como objetivo geral: fazer um mapeamento dos trabalhadores de saúde da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família no Estado do Espírito Santo, avaliando-o a partir das unidades onde estes estão alocados, a fim de contribuir para a formulação e avaliação de políticas e a implementação de ações no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:

- será aplicado um questionário com perguntas fechadas;
- o tempo médio para o preenchimento do questionário é de 30 minutos;
- você poderá ser convidado para participar de uma reunião para aprofundar alguns assuntos do questionário e poderá aceitar ou não, independente de responder esse questionário.

Durante sua participação, você poderá se recusar em responder a qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento. Além disso, você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio para isso, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação, de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico. Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos, sendo que os benefícios previstos da pesquisa envolvem a ampliação dos conhecimentos sobre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo.

Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes e não haverá forma de identificar qualquer participante. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo. Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rita de Cássia Duarte Lima

**Rita de Cássia Duarte Lima**  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Marechal Campos, 1468, Dep. de Enfermagem  
Maruípe - Vitória/ES - CEP 29040-090  
Telefone/Fax: (27) 3335-7287

**Comitê de Ética em Pesquisa/UFES**  
Av. Marechal Campos, 1468  
Telefone: (27) 3335-7504  
E-mail: cep@ccs.ufes.br

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



### MAPEAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA: AVALIANDO OS DIFERENTES PROCESSOS DE TRABALHO NO ESPÍRITO SANTO

#### QUESTIONÁRIO

#### AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Código do questionário: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável pela coleta dos dados: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade de Saúde da Família:

Área: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Urbana/Rural

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre os trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). A sua participação, respondendo às questões, será fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa, possibilitando conhecer mais profundamente o trabalho dos profissionais da ESF no Espírito Santo. Esperamos que os resultados contribuam para o fortalecimento da ESF no seu município, identificando aspectos positivos e fragilidades, para propor possíveis ajustes.

Este questionário foi baseado no instrumento utilizado pela pesquisa “Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos”, coordenada pelas pesquisadoras Lígia Giovanella, Sara Escorel e Maria Helena Magalhães de Mendonça, da Fundação Oswaldo Cruz.

Cabe esclarecer que será resguardada a privacidade dos respondentes, na análise e divulgação das informações coletadas. Ao final do questionário, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da pesquisa.

Desde já, agradecemos sua participação e reafirmamos a importância de sua colaboração, solicitando que todas as questões sejam respondidas.

Atenção: As questões são autoexplicativas. Se tiver dúvidas, considere o conceito sempre no seu significado mais comum. Observe o fluxo das questões e, em caso de questões com a possibilidade de marcar mais de uma alternativa, marque com “X” até quantas forem indicadas. Solicitamos não deixar nenhuma questão em branco, exceto quando o fluxo indicar salto de questões.

**I – PERFIL DO PROFISSIONAL**

---

I.1. **Sexo:** 1.( ) M 2.( ) FI.2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anosI.3. **Município onde nasceu:** \_\_\_\_\_I.4. **Município de residência atual:** \_\_\_\_\_I.5. **Formação: (Assinale uma única opção, considerando sua maior escolaridade)**

- 1.( ) Ensino fundamental (primeiro grau) completo  
 2.( ) Ensino médio (segundo grau) completo  
 3.( ) Ensino superior (terceiro grau) completo  
 4.( ) Não concluiu o ensino fundamental  
 99.( ) Não sabe informar

I.6. **Você está estudando atualmente?**

- 1.( ) Sim. Qual série/curso está fazendo? \_\_\_\_\_  
 2.( ) Não. Há quanto tempo parou de estudar? \_\_\_\_\_ ano(s)

**II – INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO NA ESF**

---

II.1. **Você possui experiência anterior em Saúde da Família?**

- 1.( ) Sim, neste mesmo município  
 2.( ) Sim, em outro município  
 3.( ) Sim, em outro estado  
 4.( ) Não teve experiência anterior

II.2. **Há quanto trabalha na Estratégia Saúde da Família neste município?** \_\_\_\_\_II.3. **A atuação na Estratégia Saúde da Família neste município foi:**

- 1.( ) Sempre na mesma equipe  
 2.( ) Em mais de uma equipe da ESF neste município. Por que precisou mudar de equipe? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

II.4. **Quais os principais motivos que o levaram a escolher a Estratégia Saúde da Família? (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Salário/Vencimento  
 b.( ) Estabilidade  
 c.( ) Maior autonomia no exercício da profissão  
 d.( ) Identificação com os objetivos da Estratégia Saúde da Família  
 e.( ) Flexibilidade de horários  
 f.( ) Falta de opção profissional  
 g.( ) É um mercado de trabalho promissor  
 h.( ) Por se sentir motivado a trabalhar com comunidades  
 i.( ) Possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal  
 j.( ) Atribuições dos ACS da ESF são compatíveis com sua formação e especialização  
 k.( ) Por estar desempregado  
 l.( ) Acredita que a ESF pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal  
 m.( ) Acredita que a ESF pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde  
 n.( ) Acredita na resolutividade da ESF  
 o.( ) Porque recebe outros benefícios  
 p.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

II.5. **Você ingressou neste emprego através de:**

- 1.( ) Concurso público

- 2.( ) Processo seletivo
- 3.( ) Indicação da associação de moradores ou outra entidade comum
- 4.( ) Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)
- 5.( ) Indicação política
- 6.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.6. Qual(is) o(s) mecanismo(s) utilizado(s) no seu processo de seleção: (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Entrevista
- b.( ) Análise de currículo
- c.( ) Prova escrita
- d.( ) Prova prática
- e.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- f.( ) Não se aplica (não fez seleção)

**II.7. Você está vinculado a:**

- 1.( ) Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura
- 2.( ) Secretaria de Estado da Saúde
- 3.( ) Ministério da Saúde
- 4.( ) Empresa prestadora de serviços
- 5.( ) ONG (Organização Não Governamental)
- 6.( ) OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público)
- 7.( ) Cooperativa de Trabalhadores
- 8.( ) Universidade
- 9.( ) Fundação de Apoio
- 10.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 99.( ) Não sabe informar

**II.8. Seu regime de trabalho neste emprego é:**

- 1.( ) Estatutário
- 2.( ) Empregado Público (Celetista/CLT Concursado)
- 3.( ) Contrato temporário (Celetista/CLT)
- 4.( ) Contrato por regime especial temporário(Não Celetista/CLT)
- 5.( ) Cargo Comissionado
- 6.( ) RPA (Recibo de pagamento autônomo)
- 7.( ) Cooperativado
- 8.( ) Cedido de outra instituição pública
- 9.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 99.( ) Não sabe informar (Passe para a questão II.10)

**II.9. Você está satisfeito com a sua forma de regime de trabalho?**

- 1.( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_
- 2.( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**II.10. Carga horária contratada:**

- 1.( ) 40 horas semanais com dedicação exclusiva
- 2.( ) 40 horas semanais com flexibilidade para exercer outras atividades
- 3.( ) 20 horas ou 30 horas semanais, com extensão de carga horária
- 4.( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.11. Na prática, você cumpre:**

- 1.( ) O que foi contratado (Passe para a questão II.13)
- 2.( ) Mais do que foi contratado
- 3.( ) Menos do que foi contratado (Passe para a questão II.13)

**II.12. As horas trabalhadas a mais são:**

- 1.( ) Computadas em banco de horas e convertidas em folga
- 2.( ) Remuneradas em folha de pagamento
- 3.( ) Convertidas em folgas
- 4.( ) Não recebo nada pelas horas a mais trabalhadas

5.( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.13. Sua remuneração mensal bruta pelo trabalho na Estratégia Saúde da Família está na faixa de:**

- 1.( ) Até R\$ 622,00  
 2.( ) De R\$ 623,00 até R\$ 822,00  
 3.( ) De R\$ 823,00 até R\$ 1.022,00  
 4.( ) De R\$ 1.023,00 até R\$ 1.222,00  
 5.( ) Mais de R\$ 1.223,00

**II.14. Você está recebendo a remuneração mensal em dia?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**II.15. Além da sua remuneração mensal, o município lhe paga algum outro valor como benefício/incentivo?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não (Passe para a questão II.17)

**II.16. De que tipo? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Insalubridade  
 b.( ) Auxílio transporte  
 c.( ) Auxílio alimentação  
 d.( ) Para atuação em área de risco  
 e.( ) Por desempenho  
 f.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.17. Como você classifica sua remuneração como profissional da ESF?**

- 1.( ) Muito boa              2.( ) Boa                      3.( ) Razoável              4.( ) Baixa                      5.( ) Muito baixa

**II.18. Você participou de um curso introdutório como parte da capacitação antes de integrar a ESF?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não (Passe para questão II.21)

**II.19. Na sua opinião, esse curso introdutório ou capacitação foi suficiente para você exercer suas funções?**

- 1.( ) Sim (Passe para questão II.21)                      2.( ) Não

**II.20. Por que não foi suficiente? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Carga horária insuficiente  
 b.( ) Conteúdo inadequado  
 c.( ) Professores não preparados  
 d.( ) Linguagem excessivamente técnica  
 e.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.21. Desde que você se inseriu na Estratégia Saúde da Família, fez algum dos cursos de capacitação/treinamento abaixo: (Permite mais de uma resposta)**

a.( ) Treinamento para preenchimento SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica	k.( ) Doença Sexualmente Transmissível/AIDS
b.( ) Aleitamento Materno	l.( ) Alimentação saudável
c.( ) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	m.( ) Imunização infantil
d.( ) Cuidados na gestação, parto e puerpério	n.( ) Controle da Tuberculose
e.( ) Cuidados com o Idoso	o.( ) Controle da Hanseníase
f.( ) Reidratação oral (soro caseiro)	p.( ) Planejamento familiar
g.( ) Controle da Hipertensão	q.( ) Controle do Tabagismo
h.( ) Prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama	r.( ) Saúde do homem
i.( ) Controle da dengue	s.( ) Ética profissional
j.( ) Diabetes	t.( ) Outro. Especifique: _____

**II.22. Na sua percepção, a quantidade de capacitações/treinamentos recebidos é:**

- 1.( ) Muito satisfatória      2.( ) Satisfatória      3.( ) Insatisfatória

**II.23. A participação nessas capacitações/treinamentos trouxe mudanças salariais?**

- 1.( ) Sim      2.( ) Não

**II.24. A participação nessas capacitações/treinamentos teve alguma influência na sua prática profissional?**

- 1.( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

**II.25. Você tem acesso a: (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Publicações do Ministério da Saúde (Caderno da Atenção básica, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, outros)  
 b.( ) Publicações da SESA (Linhas Guias, Boletim Epidemiológico, outros)  
 c.( ) Periódicos/Revistas científicas da área de formação  
 d.( ) Livros especializados na área de formação  
 e.( ) Periódicos/Revista tendo como temática principal a ESF  
 f.( ) Não tenho acesso a nenhum tipo de publicação  
 g.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.26. Você foi capacitado para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade (ex.: concepções de saúde-doença-cuidado, nível socioeconômico, crença, espiritualidade, dentre outros)?**

- 1.( ) Sim      2.( ) Não

**II.27. Você foi treinado para a coleta, avaliação e análise de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)?**

- 1.( ) Sim      2.( ) Não

**II.28. Na sua opinião, quais as principais razões para insatisfação e rotatividade na ESF: (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Instabilidade do vínculo  
 b.( ) Remuneração inadequada  
 c.( ) Condições de trabalho precárias  
 d.( ) Exigência da carga horária integral  
 e.( ) Formação prévia dos profissionais incompatível com o modelo proposto  
 f.( ) Existência de outras oportunidades de emprego  
 g.( ) Baixa oportunidade de progressão profissional  
 h.( ) Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional  
 i.( ) Baixo comprometimento e adesão dos profissionais com a ESF  
 j.( ) Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção  
 k.( ) Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família  
 l.( ) Infraestrutura física e material inadequada  
 m.( ) Motivos pessoais  
 n.( ) Outra(s). Especifique: \_\_\_\_\_  
 o.( ) Não sabe informar

**III – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF****III.1. Este é seu primeiro emprego na área da saúde?**

- 1.( ) Sim (Passe para a questão III.3)      2.( ) Não

**III.2. Qual(is) a(s) sua(s) última(s) experiência(s) profissionais: (Citar até 3)**

CARGO	LOCAL	TIPO DE VÍNCULO	DURAÇÃO

**III.3. Quem é o coordenador da sua Unidade de Saúde da Família?**

- 1.( ) Enfermeiro  
 2.( ) Médico

- 3.( ) Outro profissional. Especifique: \_\_\_\_\_  
 99.( ) Não sabe informar

**III.4. O que orienta a realização da programação das ações desenvolvidas pela sua equipe de Saúde da Família? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Dados do SIAB  
 b.( ) Normas do Ministério da Saúde  
 c.( ) Orientações da Secretaria Municipal de Saúde  
 d.( ) Diagnóstico da comunidade  
 e.( ) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local  
 f.( ) Demandas da população  
 g.( ) Disponibilidade de espaço físico  
 h.( ) Dados de outros sistemas de informação  
 i.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_  
 j.( ) Não sabe informar

**III.5. Como sua equipe de saúde da família utiliza os dados coletados pelo SIAB? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Remete mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde  
 b.( ) Analisa os dados para a tomada de decisões  
 c.( ) Discute os dados com a coordenação da Unidade de Saúde da Família  
 d.( ) Discute os dados com a comunidade  
 e.( ) Discute os dados com outros órgãos governamentais  
 f.( ) Discute os dados entre a equipe  
 g.( ) Não sabe informar

**III.6. A sua equipe de saúde da família estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?**

- 1.( ) Sim                                  2.( ) Não (Passe para a questão III.8)

**III.7. Quais as ações prioritárias de sua equipe? (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Atenção à criança  
 b.( ) Atenção ao adolescente  
 c.( ) Atenção aos idosos  
 d.( ) Atenção pré-natal  
 e.( ) Atenção ao puerpério  
 f.( ) Planejamento familiar  
 g.( ) Controle de câncer uterino  
 h.( ) Controle de DST/Aids  
 i.( ) Controle da diabetes  
 j.( ) Controle da hipertensão  
 k.( ) Controle da tuberculose  
 l.( ) Controle da hanseníase  
 m.( ) Controle da dengue  
 n.( ) Saúde bucal  
 o.( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.8. Na última semana, quais atividades você realizou com mais frequência? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias  
 b.( ) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral  
 c.( ) Atividades de capacitação continuada sobre temas relacionados às práticas de cuidados exercidas pela equipe  
 d.( ) Visita domiciliar  
 e.( ) Reunião de equipe  
 f.( ) Atualização do cadastro  
 g.( ) Identificação das família de risco  
 h.( ) Busca ativa de grupos prioritários  
 i.( ) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil  
 j.( ) Acompanhamento à gestantes

- k.( ) Prevenção de DST/Aids  
 l.( ) Prevenção da dengue  
 m.( ) Informação sobre imunização infantil  
 n.( ) Informação sobre reidratação oral (soro caseiro)  
 o.( ) Incentivo ao aleitamento materno  
 p.( ) Informação sobre planejamento familiar  
 q.( ) Informação sobre alimentação saudável  
 r.( ) Prevenção do câncer de colo de útero  
 s.( ) Controle de hipertensão, diabetes, tuberculose ou hanseníase  
 t.( ) Cuidado de idosos  
 u.( ) Acompanhamento a enfermeiros e médicos nas visitas domiciliares  
 v.( ) Agendamentos e encaminhamentos necessários  
 w.( ) Levantamento dos problemas de saúde da população de sua Micro Área  
 x.( ) Preenchimento dos formulários de informações para o SIAB  
 y.( ) Reuniões com a coordenação/supervisão  
 z.( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

### III.9. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:

Trabalho em equipe					
a) O relacionamento é bom e respeitoso	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
b) A relação é conflituosa	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
c) A equipe organiza, de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
d) A equipe apresenta dificuldades no trabalho interno e no trabalho com a comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
e) A equipe trabalha baseada em rotina pré-estabelecida	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
f) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
g) A equipe estimula a participação da comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
h) o trabalho da equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do dia-a-dia do processo de trabalho	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
i) o trabalho da equipe garante a criação de vínculos, laços de co-responsabilização e acolhimento na relação trabalhador /usuário dos serviços da USF	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
j) Outro. Especifique: _____	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar

### III.10. Como você avalia a atuação da equipe nos seguintes aspectos:

- a) Acesso dos usuários à Unidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 b) Acolhimento da equipe com os usuários ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 c) Vínculo da equipe com a comunidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 d) Ações intersetoriais ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 e) Atendimento de demanda espontânea ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim



- f) Referência e contra-referência ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 g) Existência de fila na porta da Unidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 h) Encaminhamento a outros níveis de complexidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- i) Capacidade da equipe de identificar os principais problemas de saúde da população  
 ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- j) Capacidade da equipe de resolver os principais problemas de saúde da população  
 ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- k) Município garante realização de exames especializados  
 ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim

**III.11. Como você avalia seu cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família?**

1. ( ) Bom
2. ( ) Prazeroso
3. ( ) Criativo
4. ( ) Valorizado
5. ( ) Conflituoso
6. ( ) Repetitivo
7. ( ) Desvalorizado
8. ( ) Ruim
9. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.12. Na sua equipe de saúde da família existe supervisão:**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (Passe para a questão III.14)

**III.13. A supervisão é realizada:**

1. ( ) Para cada equipe de Saúde da Família
2. ( ) Para cada categoria profissional
3. ( ) Para equipe de Saúde da Família e para cada categoria profissional

**III.14. Os agentes comunitários de saúde têm supervisão técnica?**

1. ( ) Sim, realizada pela coordenação de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde
3. ( ) Sim, realizada pelo enfermeiro
2. ( ) Sim, realizada pelo médico
4. ( ) Sim, realizada por outro(s) profissional(is). Especifique: \_\_\_\_\_

**III.15. Qual é a periodicidade da supervisão?**

1. ( ) Diária
2. ( ) Semanal
3. ( ) Quinzenal
4. ( ) Mensal
5. ( ) A cada dois meses
6. ( ) A cada três ou mais meses
7. ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.16. Você considera que a supervisão dos agentes comunitários de saúde possibilita:**

a) Controlar a realização das atividades em relação às metas do Pacto pela Saúde	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
b) Controlar a realização das atividades em relação às regras e normas estabelecidas pela ESF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
c) Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
d) Promover atividades de educação permanente/continuada para realização de atividades rotineiras	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar

e) Acompanhar as ações dos ACS na USF e na comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
f) Apoiar e/ou orientar as ações em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental, outros)	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
g) Permitir maior participação dos ACS no processo de decisão de níveis hierarquicamente superiores	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
h) Discutir problemas, dificuldades e demandas para encaminhar para a coordenação do ESF	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
i) Articular a gestão e a execução das ações	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
j) Outro. Especifique:	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar

### III.17. Em sua opinião, o espaço físico da unidade:

Atividades	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
e) Tem manutenção satisfatória	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
j) Outro. Especifique: _____	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião

### III.18. A sua equipe avalia os serviços prestados à população? (Permite mais de uma resposta)

- a. ( ) Sim. Avalia internamente, na equipe  
b. ( ) Sim. Avalia com participação da comunidade  
c. ( ) Sim. Avalia com participação da coordenação  
d. ( ) Sim. De outras formas. Especifique: \_\_\_\_\_  
e. ( ) Não avalia

### III.19. Você faz anotações sobre a saúde do usuário após as visitas domiciliares? (Permite mais de uma resposta)

- a. ( ) Sim, no prontuário do usuário  
b. ( ) Sim, em instrumento similar ao prontuário onde os demais profissionais tem acesso  
c. ( ) Sim, anotações para uso pessoal  
d. ( ) Não faço anotações

**III.20. Na sua opinião, o espaço físico da unidade:**

Atividades	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
e) Tem manutenção satisfatória	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
j) Outro. Especifique: _____	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião

**IV – COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE****IV.1. Quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso/fluxo mais comum?**

1. ( ) O paciente sai da unidade com a consulta agendada  
 2. ( ) A consulta é agendada pela Unidade de Saúde da Família e a data é, posteriormente, informada ao paciente  
 3. ( ) A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação  
 4. ( ) O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada  
 5. ( ) O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional  
 6. ( ) Não há um percurso/fluxo definido  
 99. ( ) Não sabe informar

**IV.2. Na sua unidade, os prontuários de saúde dos usuários estão organizados por:**

1. ( ) Indivíduo  
 2. ( ) Família  
 3. ( ) Indivíduo e família  
 4. ( ) Não são utilizados prontuários  
 99. ( ) Não sabe informar

**IV.3. Você costuma procurar a família do usuário para discutir os problemas de saúde dele?**

1. ( ) Sempre  
 2. ( ) Na maioria das vezes  
 3. ( ) Poucas vezes  
 4. ( ) Nunca

**IV.4. Durante a visita domiciliar, você normalmente pergunta sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico, violência doméstica, dentre outros)?**

1. ( ) Sempre  
 2. ( ) Na maioria das vezes  
 3. ( ) Poucas vezes  
 4. ( ) Nunca

**IV.5. Quais são os serviços de saúde que a população cadastrada dispõe nos períodos noturnos, fins de semana e feriados no seu município? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Unidade de Saúde com atendimento noturno
- b. ( ) Unidade de Saúde com serviço de urgência
- c. ( ) Pronto-socorro
- d. ( ) Emergência Hospitalar
- e. ( ) Pronto Atendimento
- f. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- g. ( ) Não dispõe
- h. ( ) Não sabe informar

**IV.6. Em sua opinião, a implantação da Estratégia Saúde Família mudou a relação entre os serviços e a população?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não
- 3. ( ) Em parte
- 4. ( ) Não tem opinião formada

**IV.7. Você participa no Conselho Local, Municipal ou Estadual de Saúde?**

- 1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 2. ( ) Não

**IV.8. Existe Conselho Local de Saúde no seu território de atuação?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não (Passe para a questão IV.10)

**IV.9. Como você avalia os trabalhos do Conselho Local de Saúde para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade?**

- 1. ( ) Muito relevante
- 2. ( ) Relevante
- 3. ( ) Pouco relevante
- 4. ( ) Nada relevante
- 5. ( ) Não sabe avaliar

**IV.10. Quem participa do planejamento das atividades nesta Unidade de Saúde? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Todos os membros da equipe
- b. ( ) Agente Comunitário de Saúde
- c. ( ) Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- d. ( ) Comunidade
- e. ( ) Coordenador/Diretor/Gerente da Unidade
- f. ( ) Enfermeiro
- g. ( ) Médico
- h. ( ) Não há planejamento das atividades
- i. ( ) Não sabe informar

**IV.11. A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**IV.12. A equipe trabalha com mapa inteligente da sua área de atuação no qual estão discriminadas as Micro Áreas de responsabilidade dos ACS?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não

**IV.13. A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população identificando os problemas mais frequentes?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não

**IV. 14. A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da ESF?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não

**IV.15. Para suas atividades profissionais, você faz uso de computador?**

1. ( ) Sim, na USF
2. ( ) Sim, em casa
3. ( ) Sim, na USF e em casa
4. ( ) Não

**IV.16. Você tem acesso à internet para acessar os sistemas de informação?**

1. ( ) Sim, na USF
2. ( ) Sim, em casa
3. ( ) Sim, na USF e em casa
4. ( ) Não

**APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO PARA AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**
**MAPEAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA: AVALIANDO OS DIFERENTES PROCESSOS DE TRABALHO NO ESPÍRITO SANTO**
**QUESTIONÁRIO**
**AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**
**Código do questionário:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador responsável pela coleta dos dados:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Unidade de Saúde da Família:**
**Área:** ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Urbana/Rural

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre os trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). A sua participação, respondendo às questões, será fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa, possibilitando conhecer mais profundamente o trabalho dos profissionais da ESF no Espírito Santo. Esperamos que os resultados contribuam para o fortalecimento da ESF no seu município, identificando aspectos positivos e fragilidades, para propor possíveis ajustes.

Este questionário foi baseado no instrumento utilizado pela pesquisa “Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos”, coordenada pelas pesquisadoras Lígia Giovanella, Sara Escorel e Maria Helena Magalhães de Mendonça, da Fundação Oswaldo Cruz.

Cabe esclarecer que será resguardada a privacidade dos respondentes, na análise e divulgação das informações coletadas. Ao final do questionário, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da pesquisa.

Desde já, agradecemos sua participação e reafirmamos a importância de sua colaboração, solicitando que todas as questões sejam respondidas.

Atenção: As questões são autoexplicativas. Se tiver dúvidas, considere o conceito sempre no seu significado mais comum. Observe o fluxo das questões e, em caso de questões com a possibilidade de marcar mais de uma alternativa, marque com “X” até quantas forem indicadas. Solicitamos não deixar nenhuma questão em branco, exceto quando o fluxo indicar salto de questões.

**I – PERFIL DO PROFISSIONAL**

---

**I.1. Sexo:** 1.( ) M 2.( ) F

**I.2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**I.3. Município onde nasceu:** \_\_\_\_\_

**I.4. Município de Residência:** \_\_\_\_\_

**I.5. Função que desempenha na equipe:**

1.( ) Auxiliar de Enfermagem 2.( ) Técnico de Enfermagem

**I.6. Formação: (Assinale uma única opção, considerando sua maior escolaridade)**

1.( ) Ensino fundamental (primeiro grau) completo

2.( ) Ensino médio (segundo grau) completo

3.( ) Ensino superior (terceiro grau) completo

4.( ) Não concluiu o ensino fundamental

99.( ) Não sabe informar

**I.7. Você está estudando atualmente?**

1.( ) Sim. Qual série/curso está fazendo? \_\_\_\_\_

2.( ) Não. Há quanto tempo parou de estudar? \_\_\_\_\_ ano(s)

**I.8. Há quanto tempo completou o curso de Auxiliar de Enfermagem?**

\_\_\_\_\_ ano(s) ( ) Não se aplica

**I.9. Há quanto tempo completou o curso de Técnico de Enfermagem?**

\_\_\_\_\_ ano(s) ( ) Não se aplica

**I.10. Você é membro atuante de alguma entidade representativa de sua categoria profissional?**

1.( ) Sim 2.( ) Não (Passe para a questão II.1)

**I.11. De que tipo?**

1.( ) Sindicato

2.( ) Associação

3.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II – INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO NA ESF**

---

**II.1. Você possui experiência anterior em Saúde da Família?**

1.( ) Sim, neste mesmo município

2.( ) Sim, em outro município

3.( ) Sim, em outro estado

**II.2. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município:** \_\_\_\_\_

**II.3. A atuação na Estratégia Saúde da Família neste município foi:**

1.( ) Sempre na mesma equipe

2.( ) Em mais de uma equipe da ESF neste município. Por que precisou mudar de equipe?  
\_\_\_\_\_

**II.4. Quais os principais motivos que o levaram a escolher a Estratégia Saúde da Família? (Marque até 3 alternativas)**

a.( ) Salário/Vencimento

b.( ) Estabilidade

c.( ) Maior autonomia no exercício da profissão

- d.( ) Identificação com os objetivos da Estratégia Saúde da Família
- e.( ) Flexibilidade de horários
- f.( ) Falta de opção profissional
- g.( ) É um mercado de trabalho promissor
- h.( ) Por se sentir motivado a trabalhar com comunidades
- i.( ) Possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal
- j.( ) Atribuições dos auxiliares/técnicos de enfermagem da ESF são compatíveis com sua formação e especialização
- k.( ) Por estar desempregado
- l.( ) Acredita que a ESF pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal
- m.( ) Acredita que a ESF pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde
- n.( ) Acredita na resolutividade da ESF
- o.( ) Porque recebe outros benefícios
- p.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.5. Já trabalhava na Secretaria Municipal de Saúde deste município?**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não (Passe para a questão II.7)

**II.6. Onde?**

- 1.( ) Posto/Unidade de Saúde
- 2.( ) Ambulatório especializado
- 3.( ) Hospital
- 4.( ) Pronto Atendimento
- 5.( ) Nível de gestão municipal
- 6.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.7. Você ingressou neste emprego através de:**

- 1.( ) Concurso público
- 2.( ) Processo seletivo
- 3.( ) Indicação da associação de moradores ou outra entidade comum
- 4.( ) Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)
- 5.( ) Indicação política
- 6.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.8. Qual(is) o(s) mecanismo(s) utilizado(s) no seu processo de seleção: (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Entrevista
- b.( ) Análise de currículo
- c.( ) Prova escrita
- d.( ) Prova prática
- e.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- f.( ) Não se aplica (não fez seleção)

**II.9. Você está vinculado a:**

- 1.( ) Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura
- 2.( ) Secretaria de Estado da Saúde
- 3.( ) Ministério da Saúde
- 4.( ) Empresa prestadora de serviços
- 5.( ) ONG (Organização Não Governamental)
- 6.( ) OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público)
- 7.( ) Cooperativa de Trabalhadores
- 8.( ) Universidade
- 9.( ) Fundação de Apoio
- 10.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 99.( ) Não sabe informar

**II.10. Seu regime de trabalho neste emprego é:**

- 1.( ) Estatutário
- 2.( ) Empregado Público (Celetista / CLT Concursado)



- 3.( ) Contrato temporário (Celetista / CLT)
- 4.( ) Contrato por regime especial temporário (Não Celetista / CLT)
- 5.( ) Cargo Comissionado
- 6.( ) RPA (Recibo de pagamento autônomo)
- 7.( ) Cooperativado
- 8.( ) Cedido de outra instituição pública
- 9.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 99.( ) Não sabe informar

**II.11. Você está satisfeito com a sua forma de regime de trabalho?**

- 1.( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_
- 2.( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**II.12. Seu contrato de trabalho oferece algum plano de cargos, carreiras e salários?**

- 1.( ) Sim e estou satisfeito
- 2.( ) Sim, mas não estou satisfeito
- 3.( ) Não

**II.13. Carga horária contratada:**

- 1.( ) 40 horas semanais com dedicação exclusiva
- 2.( ) 40 horas semanais com flexibilidade para exercer outras atividades
- 3.( ) 20 horas ou 30 horas semanais, com extensão de carga horária
- 4.( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.14. Na prática, você cumpre:**

- 1.( ) O que foi contratado (Passe para a questão II.16)
- 2.( ) Mais do que foi contratado
- 3.( ) Menos do que foi contratado (Passe para a questão II.16)

**II.15. As horas trabalhadas a mais são:**

- 1.( ) Computadas em banco de horas e convertidas em folga
- 2.( ) Remuneradas em folha de pagamento
- 3.( ) Convertidas em folgas
- 4.( ) Não recebo nada a mais pelas horas a mais trabalhadas
- 5.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.16. Sua remuneração mensal bruta pelo trabalho na Estratégia Saúde da Família está na faixa de:**

- 1.( ) Até R\$ 622,00
- 2.( ) De R\$ 623,00 até R\$ 822,00
- 3.( ) De R\$ 823,00 até R\$ 1.022,00
- 4.( ) De R\$ 1.023,00 até R\$ 1.222,00
- 5.( ) Mais de R\$ 1.223,00

**II.17. Você está recebendo a remuneração mensal em dia?**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não

**II.18. Além da sua remuneração mensal, o município lhe paga algum outro valor como benefício/incentivo na participação de algum outro projeto, programa ou produção?**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não (Passe para a questão II.20)

**II.19. De que tipo? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Insalubridade
- b.( ) Auxílio transporte
- c.( ) Auxílio alimentação
- d.( ) Para atuação em área de risco
- e.( ) Por desempenho
- f.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.20. Como você classifica sua remuneração como profissional da ESF?**

- 1.( ) Muito boa      2.( ) Boa      3.( ) Razoável      4.( ) Baixa      5.( ) Muito baixa

**II.21. Tem outro(s) vínculo(s) de trabalho?**

- 1.( ) Sim. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ 2.( ) Não (Passe para a questão II.23)

**II.22. Local do(s) outro(s) vínculo(s) de trabalho: (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Pronto Atendimento  
 b.( ) Hospital Privado  
 c.( ) Hospital Público  
 d.( ) Clínica/ambulatório privado  
 e.( ) Centro/Unidade de Saúde  
 f.( ) Pronto-socorro/emergência  
 g.( ) Universidade/Faculdade como docente  
 h.( ) Outro(s) serviço(s). Especifique: \_\_\_\_\_  
 i.( ) Pronto-socorro/emergência  
 j.( ) Universidade/Faculdade como docente  
 k.( ) Outro(s) serviço(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.23. Você participou de um curso introdutório como parte da capacitação antes de se integrar na ESF?**

- 1.( ) Sim      2.( ) Não (Passe para a questão II.26)

**II.24. Na sua opinião, esse curso introdutório ou capacitação foi suficiente para você exercer suas funções?**

- 1.( ) Sim (Passe para a questão II.26)      2.( ) Não

**II.25. Por que não foi suficiente? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Carga horária insuficiente  
 b.( ) Conteúdo inadequado  
 c.( ) Professores não preparados  
 d.( ) Linguagem excessivamente técnica  
 e.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.26. Desde que você se inseriu na Estratégia Saúde da Família, fez algum dos cursos de capacitação/treinamento abaixo: (Permite mais de uma resposta)**

a.( ) Treinamento para preenchimento SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica	k.( ) Doença Sexualmente Transmissível/AIDS
b.( ) Aleitamento Materno	l.( ) Alimentação saudável
c.( ) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	m.( ) Imunização infantil
d.( ) Cuidados na gestação, parto e puerpério	n.( ) Controle da Tuberculose
e.( ) Cuidados com o Idoso	o.( ) Controle da Hanseníase
f.( ) Reidratação oral (soro caseiro)	p.( ) Planejamento familiar
g.( ) Controle da Hipertensão	q.( ) Controle do Tabagismo
h.( ) Prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama	r.( ) Saúde do homem
i.( ) Controle da dengue	s.( ) Ética profissional
j.( ) Diabetes	t.( ) Outro. Especifique: _____

**II.27. Na sua percepção, a quantidade de capacitações/treinamentos recebidos é:**

- 1.( ) Muito satisfatória      2.( ) Satisfatória      3.( ) Insatisfatória

**II.28. A participação nas capacitações/treinamentos trouxe mudanças salariais?**

- 1.( ) Sim      2.( ) Não

**II.29. A participação nas capacitações/treinamentos teve alguma influência na sua prática profissional?**

- 1.( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_ 2.( ) Não

**II.30. Você tem acesso a: (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Publicações do Ministério da Saúde (Caderno da Atenção básica, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, outros)  
 b.( ) Publicações da SESA (Linhas Guias, Boletim Epidemiológico, outros)  
 c.( ) Periódicos/Revistas científicas da área de formação  
 d.( ) Livros especializados na área de formação  
 e.( ) Periódicos/Revista tendo como temática principal a ESF  
 f.( ) Não tenho acesso a nenhum tipo de publicação  
 g.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.31 Você foi capacitado para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade (ex.: concepções de saúde-doença-cuidado, nível socioeconômico, crença, espiritualidade, dentre outros)?**

- 1.( ) Sim 2.( ) Não

**II.32. Você foi treinado para a coleta, avaliação e análise de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)?**

- 1.( ) Sim 2.( ) Não

**II.33. Na sua opinião, quais as principais razões para insatisfação e rotatividade na ESF: (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Instabilidade do vínculo  
 b.( ) Remuneração inadequada  
 c.( ) Condições de trabalho precárias  
 d.( ) Exigência da carga horária integral  
 e.( ) Formação prévia dos profissionais incompatível com o modelo proposto  
 f.( ) Existência de outras oportunidades de emprego  
 g.( ) Baixa oportunidade de progressão profissional  
 h.( ) Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional  
 i.( ) Baixo comprometimento e adesão dos profissionais com a ESF  
 j.( ) Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção  
 k.( ) Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família  
 l.( ) Infraestrutura física e material inadequada  
 m.( ) Motivos pessoais  
 n.( ) Outra(s). Especifique: \_\_\_\_\_  
 o.( ) Não sabe informar

**III – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF**

**III.1. Este é seu primeiro emprego na área da saúde?**

- 1.( ) Sim (Passe para a questão II.3) 2.( ) Não

**III.2. Qual(is) a(s) sua(s) última(s) experiência(s): (Citar até 3)**

CARGO	LOCAL	TIPO DE VÍNCULO	DURAÇÃO

**III.3. Indique quantas equipes de saúde da família trabalham nesta Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ (nº. ESF)**

**III.4. Quem é o coordenador da sua Unidade de Saúde da Família?**

- 1.( ) Enfermeiro  
 2.( ) Médico  
 3.( ) Outro profissional. Especifique: \_\_\_\_\_  
 99.( ) Não sabe informar

**III.5. O que orienta a realização da programação das ações desenvolvidas pela sua equipe de Saúde da Família? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Dados do SIAB
- b. ( ) Normas do Ministério da Saúde
- c. ( ) Orientações da Secretaria Municipal de Saúde
- d. ( ) Diagnóstico da comunidade
- e. ( ) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local
- f. ( ) Demandas da população
- g. ( ) Disponibilidade de espaço físico
- h. ( ) Dados de outros sistemas de informação
- i. ( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_
- j. ( ) Não sabe informar

**III.6. Como sua equipe de saúde da família utiliza os dados coletados pelo SIAB? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Remete mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde
- b. ( ) Analisa os dados para a tomada de decisões
- c. ( ) Discute os dados com a coordenação da Unidade de Saúde da Família
- d. ( ) Discute os dados com a comunidade
- e. ( ) Discute os dados com outros órgãos governamentais
- f. ( ) Discute os dados entre a equipe
- g. ( ) Não sabe informar

**III.7. A sua equipe de saúde da família estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não (Passe para a questão III.9)

**III.8. Quais as ações prioritárias de sua equipe? (Marque até 3 alternativas)**

- a. ( ) Atenção à criança
- b. ( ) Atenção ao adolescente
- c. ( ) Atenção aos idosos
- d. ( ) Atenção pré-natal
- e. ( ) Atenção ao puerpério
- f. ( ) Planejamento familiar
- g. ( ) Controle de câncer uterino
- h. ( ) Controle de DST/Aids
- i. ( ) Controle da diabetes
- j. ( ) Controle da hipertensão
- k. ( ) Controle da tuberculose
- l. ( ) Controle da hanseníase
- m. ( ) Controle da dengue
- n. ( ) Saúde bucal
- o. ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.9. Na última semana, quais atividades você realizou com mais frequência? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para as famílias
- b. ( ) Trabalho de campo desenvolvendo atividades dirigidas para a comunidade em geral
- c. ( ) Atividades de capacitação continuada sobre temas relacionados às práticas de cuidados exercidas pela equipe
- d. ( ) Atividades de administração e gerência
- e. ( ) Reunião de equipe
- f. ( ) Ações de educação e vigilância à saúde
- g. ( ) Agendamento de consultas na própria USF
- h. ( ) Agendamento de consultas especializadas
- i. ( ) Aplicação de vacinas
- j. ( ) Realização de curativos
- k. ( ) Aplicação de injeção
- l. ( ) Inalação
- m. ( ) Pesagem de crianças
- n. ( ) Acompanhamento de consultas médicas ou de enfermagem quando necessário
- o. ( ) Atendimento específico em casos de acidentes de trabalho

- p. ( ) Notificação de acidentes de trabalho  
 q. ( ) Notificação de doenças de vigilância epidemiológica  
 r. ( ) Realização de visitas e procedimentos de auxiliar de enfermagem nos domicílios  
 s. ( ) Visita a doentes em casos de urgências  
 t. ( ) Preenchimento de formulários de informações para o SIAB  
 u. ( ) Reunião com a coordenação/supervisão  
 v. ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

### III.10. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:

Trabalho em equipe					
a) O relacionamento é bom e respeitoso	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
b) A relação é conflituosa	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
c) A equipe organiza, de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
d) A equipe apresenta dificuldades no trabalho interno e no trabalho com a comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
e) A equipe trabalha baseada em rotina pré-estabelecida	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
f) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
g) A equipe estimula a participação da comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
h) o trabalho da equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do dia-a-dia e no processo de trabalho	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
i) o trabalho da equipe garante a criação de vínculos, laços de co-responsabilização e acolhimento na relação trabalhador /usuário dos serviços da USF	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
j) Outro. Especifique: _____	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar

### III.11. Como você avalia a atuação da equipe nos seguintes aspectos:

- a) Acesso dos usuários à Unidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 b) Acolhimento da equipe com os usuários ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 c) Vínculo da equipe com a comunidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 d) Ações intersetoriais ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 e) Atendimento de demanda espontânea ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 f) Referência e contra-referência ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 g) Existência de fila na porta da Unidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 h) Encaminhamento a outros níveis de complexidade  
 ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 i) Capacidade da equipe de identificar os principais problemas de saúde da população  
 ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 j) Capacidade da equipe de resolver os principais problemas de saúde da população  
 ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim  
 k) Município garante realização de exames especializados

( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim

**III.12. Como você avalia seu cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família?**

1. ( ) Bom
2. ( ) Prazeroso
3. ( ) Criativo
4. ( ) Valorizado
5. ( ) Conflituoso
6. ( ) Repetitivo
7. ( ) Desvalorizado
8. ( ) Ruim
9. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.13. A visita domiciliar realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem é feita em conjunto com os outros profissionais?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (Passe para a questão III.15)
3. ( ) Não realiza visitas (Passe para a questão III.15)

**III.14. A visita é feita com qual(is) profissional(is)? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) ACS
- b. ( ) Enfermeiro
- c. ( ) Médico
- d. ( ) Outro(s) profissional(is). Especifique: \_\_\_\_\_

**III.15. Na sua equipe de Saúde da Família existe supervisão:**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não (Passe para a questão III.20)

**III.16. A supervisão é realizada:**

1. ( ) Para cada equipe de Saúde da Família
2. ( ) Para cada categoria profissional
3. ( ) Para equipe de Saúde da Família e para cada categoria profissional

**III.17. Os auxiliares e técnicos de enfermagem têm supervisão técnica?**

1. ( ) Sim, realizada pela coordenação de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde
3. ( ) Sim, realizada pelo enfermeiro
2. ( ) Sim, realizada pelo médico
4. ( ) Sim, realizada por outro(s) profissional(is). Especifique: \_\_\_\_\_

**III.18. Qual é a periodicidade da supervisão?**

1. ( ) Diária
2. ( ) Semanal
3. ( ) Quinzenal
4. ( ) Mensal
5. ( ) A cada dois meses
6. ( ) A cada três ou mais meses
7. ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.19. Você considera que a supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem possibilita:**

a) Controlar a realização das atividades de modo a favorecer o cumprimento das metas estabelecidas pelo Pacto pela Saúde	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
b) Controlar a realização das atividades em relação às regras e normas estabelecidas pela ESF	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar
c) Favorecer o bom entrosamento e cooperação da equipe	1. ( ) Sempre	2. ( ) Na maioria das vezes	3. ( ) Poucas vezes	4. ( ) Nunca	5. ( ) Não sabe informar

d) Promover atividade de educação permanente/continuada para realização de atividades rotineiras	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
e) Acompanhar as ações dos auxiliares/técnicos de enfermagem na USF e na comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
f) Apoiar e/ou orientar as ações em relação a situações emergenciais e/ou de difícil abordagem na unidade (ex.: violência doméstica, resistências ao tratamento, doença mental, outros)	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
g) Permitir maior participação dos auxiliares/técnicos de enfermagem no processo de decisão de níveis hierarquicamente superiores	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
h) Discutir problemas, dificuldades e demandas para encaminhar para a coordenação do ESF	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
i) Articular a gestão e a execução das ações	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
j) Outro. Especifique: _____ _____	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar

### III.20. Na sua opinião, o espaço físico da unidade:

Atividades			
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação e saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
e) Tem manutenção satisfatória	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
j) Outro. Especifique: _____	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião

### III.21. A sua equipe avalia os serviços prestados à população? (Permite mais de uma resposta)

a.( ) Sim. Avalia internamente, na equipe

b.( ) Sim. Avalia com participação da comunidade

c.( ) Sim. Avalia com participação da coordenação

d.( ) Sim. De outras formas. Especifique: \_\_\_\_\_

e.( ) Não avalia

### III.22. Você faz anotações sobre a saúde do usuário após a realização de procedimentos/atividades de saúde? (Permite mais de uma resposta)

- 1.( ) Sim, no prontuário do usuário
- 2.( ) Sim, em instrumento similar ao prontuário onde os demais profissionais tem acesso
- 3.( ) Sim, anotações para uso pessoal
- 4.( ) Não faço anotações

#### **IV – COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

---

##### **IV.1. Quando um paciente é atendido na Unidade de Saúde da Família e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso/fluxo mais comum?**

- 1.( ) O paciente sai da unidade com a consulta agendada
- 2.( ) A consulta é agendada pela Unidade de Saúde da Família e a data é, posteriormente, informada ao paciente
- 3.( ) A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação
- 4.( ) O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada
- 5.( ) O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional
- 6.( ) Não há um percurso/fluxo definido
- 99.( ) Não sabe informar

##### **IV.2. Na sua unidade, os prontuários de saúde dos usuários estão organizados por:**

- 1.( ) Indivíduo
- 2.( ) Família
- 3.( ) Indivíduo e família
- 4.( ) Não são utilizados prontuários
- 99.( ) Não sabe informar

##### **IV.3. Você costuma procurar a família do usuário para discutir os problemas de saúde dele?**

- 1.( ) Sempre
- 2.( ) Na maioria das vezes
- 3.( ) Poucas vezes
- 4.( ) Nunca

##### **IV.4. Durante a realização de procedimentos/atividades de saúde, você normalmente pergunta sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico, violência doméstica, dentre outros)?**

- 1.( ) Sempre
- 2.( ) Na maioria das vezes
- 3.( ) Poucas vezes
- 4.( ) Nunca

##### **IV.5. Quais são os serviços de saúde que a população cadastrada dispõe nos períodos noturnos, fins de semana e feriados no seu município? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Unidade de Saúde com atendimento noturno
- b.( ) Unidade de Saúde com serviço de urgência
- c.( ) Pronto-socorro
- d.( ) Emergência Hospitalar
- e.( ) Pronto Atendimento
- f.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- g.( ) Não dispõe
- h.( ) Não sabe informar

##### **IV.6. Em sua opinião, a implantação da Estratégia Saúde Família mudou a relação entre os serviços e a população?**

- 1.( ) Sim
- 2.( ) Não
- 3.( ) Em parte
- 4.( ) Não tem opinião formada

##### **IV.7. Você participa no Conselho Local, Municipal ou Estadual de Saúde?**

- 1.( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 2.( ) Não



**IV.8. Existe Conselho Local de Saúde no seu território de atuação?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não (Passe para a questão IV.10)

**IV.9. Como você avalia os trabalhos do Conselho Local de Saúde para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade?**

- 1.( ) Muito relevante  
2.( ) Relevante  
3.( ) Pouco relevante  
4.( ) Nada relevante  
5.( ) Não sabe avaliar

**IV.10. Quem participa do planejamento das atividades nesta Unidade de Saúde? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Todos os membros da equipe  
b.( ) Agente Comunitário de Saúde  
c.( ) Auxiliar/Técnico de Enfermagem  
d.( ) Comunidade  
e.( ) Coordenador/Diretor/Gerente da Unidade  
f.( ) Enfermeiro  
g.( ) Médico  
h.( ) Não há planejamento das atividades  
i.( ) Não sabe informar

**IV. 11. A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**IV.12. A equipe trabalha com mapa inteligente da sua área de atuação no qual estão discriminadas as Micro Áreas de responsabilidade dos ACS?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**IV.13. A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população identificando os problemas mais frequentes?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**IV. 14. A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da ESF?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**IV.15. Para suas atividades profissionais, você faz uso de computador?**

- 1.( ) Sim, na USF  
2.( ) Sim, em casa  
3.( ) Sim, na USF e em casa  
4.( ) Não

**IV.16. Você tem acesso à internet para acessar os sistemas de informação?**

- 1.( ) Sim, na USF  
2.( ) Sim, em casa  
3.( ) Sim, na USF e em casa  
4.( ) Não

**IV.17. Para suas atividades profissionais, você utiliza algum tipo de protocolo?**

- 1.( ) Não    2.( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS E MÉDICOS



### MAPEAMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA: AVALIANDO OS DIFERENTES PROCESSOS DE TRABALHO NO ESPÍRITO SANTO

#### QUESTIONÁRIO

#### ENFERMEIROS E MÉDICOS

**Código do questionário:** \_\_\_\_\_

**Pesquisador responsável pela coleta dos dados:** \_\_\_\_\_

**Município:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Unidade de Saúde da Família:**

**Área:** ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Urbana/Rural

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre os trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). A sua participação, respondendo às questões, será fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa, possibilitando conhecer mais profundamente o trabalho dos profissionais da ESF no Espírito Santo. Esperamos que os resultados contribuam para o fortalecimento da ESF no seu município, identificando aspectos positivos e fragilidades, para propor possíveis ajustes.

Este questionário foi baseado no instrumento utilizado pela pesquisa “Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos”, coordenada pelas pesquisadoras Lígia Giovanella, Sara Escorel e Maria Helena Magalhães de Mendonça, da Fundação Oswaldo Cruz.

Cabe esclarecer que será resguardada a privacidade dos respondentes, na análise e divulgação das informações coletadas. Ao final do questionário, encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado, caso você concorde em participar da pesquisa.

Desde já, agradecemos sua participação e reafirmamos a importância de sua colaboração, solicitando que todas as questões sejam respondidas.

Atenção: As questões são autoexplicativas. Se tiver dúvidas, considere o conceito sempre no seu significado mais comum. Observe o fluxo das questões e, em caso de questões com a possibilidade de marcar mais de uma alternativa, marque com “X” até quantas forem indicadas. Solicitamos não deixar nenhuma questão em branco, exceto quando o fluxo indicar salto de questões.

**I – PERFIL DO PROFISSIONAL**

---

**I.1. Sexo:** 1.( ) M 2.( ) F**I.2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos**I.3. Município onde nasceu:** \_\_\_\_\_**I.4. Município de Residência:** \_\_\_\_\_**I.5. Função que desempenha na equipe:**

1.( ) Enfermeiro 2.( ) Médico

**I.6. Nível de instrução:**

1.( ) Ensino superior (3º grau completo)

1. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

2. Instituição: \_\_\_\_\_

2.( ) Especialização completa

1. Curso 1: \_\_\_\_\_

2. Instituição: \_\_\_\_\_

3. Financiamento: 1.( ) recurso próprio 2.( ) Institucional (MS, SESA, Secretaria Municipal, Outro: \_\_\_\_\_)

4. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

5. Curso 2: \_\_\_\_\_

6. Instituição: \_\_\_\_\_

7. Financiamento: 1.( ) recurso próprio 2.( ) Institucional (MS, SESA, Secretaria Municipal, Outro: \_\_\_\_\_)

8. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

3.( ) Residência completa

1. Curso 1: \_\_\_\_\_

2. Instituição: \_\_\_\_\_

3. Financiamento: 1.( ) recurso próprio 2.( ) Institucional (MS, SESA, Secretaria Municipal, Outro: \_\_\_\_\_)

4. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

5. Curso 2: \_\_\_\_\_

6. Instituição: \_\_\_\_\_

7. Financiamento: 1.( ) recurso próprio 2.( ) Institucional (MS, SESA, Secretaria Municipal, Outro: \_\_\_\_\_)

8. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

4.( ) Mestrado completo

1. Curso: \_\_\_\_\_

2. Instituição: \_\_\_\_\_

3. Financiamento: 1.( ) recurso próprio 2.( ) Institucional (MS, FAPES, FACITEC, CNPQ, CAPES e outros )

4. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

5.( ) Doutorado completo

1. Curso: \_\_\_\_\_

2. Instituição: \_\_\_\_\_

3. Financiamento: 1.( ) recurso próprio 2.( ) Institucional (MS, FAPES, FACITEC, CNPQ, CAPES e outros )

4. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**I.7. Realizou curso de especialização com enfoque em Saúde da Família?**

1.( ) Sim 2.( ) Não

**I.8. Possui título de especialista em medicina de família e comunidade?**

1.( ) Sim 2.( ) Não

**I.9. Você é membro atuante de alguma entidade representativa de sua categoria profissional?**

- 1.( ) Sim                                      2.( ) Não (Passe para a questão II.1)

**I.10. De que tipo?**

- 1.( ) Sindicato  
2.( ) Associação  
3.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II – INSERÇÃO E CAPACITAÇÃO NA ESF****II.1. Você possui experiência anterior em Saúde da Família?**

- 1.( ) Sim, neste mesmo município  
2.( ) Sim, em outro município  
3.( ) Sim, em outro estado  
4.( ) Não teve experiência anterior

**II.2. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família neste município:** \_\_\_\_\_**II.3. A atuação na Estratégia Saúde da Família neste município foi:**

- 1.( ) Sempre na mesma equipe  
4.( ) Em mais de uma equipe da ESF neste município. Por que precisou mudar de equipe?

**II.4. Quais os principais motivos que o levaram a escolher a Estratégia Saúde da Família? (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Salário/Vencimento  
b.( ) Estabilidade  
c.( ) Maior autonomia no exercício da profissão  
d.( ) Identificação com os objetivos da estratégia saúde da família  
e.( ) Flexibilidade de horários  
f.( ) Falta de opção profissional  
g.( ) É um mercado de trabalho promissor  
h.( ) Por se sentir motivado a trabalhar com comunidades  
i.( ) Possibilidade para mudar de prática dentro da rede municipal  
j.( ) Atribuições dos enfermeiros/médicos da ESF são compatíveis com sua formação e especialização  
k.( ) Por estar desempregado  
l.( ) Acredita que a ESF pode reorganizar a atenção à saúde no SUS municipal  
m.( ) Acredita que a ESF pode contribuir para um maior controle social da população organizada sobre os serviços de atenção à saúde  
n.( ) Acredita na resolutividade da ESF  
o.( ) Porque recebe outros benefícios  
p.( ) Outro. Especifique \_\_\_\_\_

**II.5. Já trabalhava na Secretaria Municipal de Saúde deste município?**

- 1.( ) Sim                                      2.( ) Não (Passe para a questão II.7)

**II.6. Onde?**

- 1.( ) Posto/Unidade de Saúde  
2.( ) Ambulatório especializado  
3.( ) Hospital  
4.( ) Pronto Atendimento  
5.( ) Nível de gestão municipal  
6.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.7. Você ingressou neste emprego através de:**

- 1.( ) Concurso público  
2.( ) Processo seletivo  
3.( ) Indicação da associação de moradores ou outra entidade comum  
4.( ) Indicação de outro profissional da ESF (qualquer categoria)  
5.( ) Indicação política  
6.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.8. Qual(is) o(s) mecanismo(s) utilizado(s) no seu processo de seleção: (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Entrevista
- b. ( ) Análise de currículo
- c. ( ) Prova escrita
- d. ( ) Prova prática
- e. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- f. ( ) Não se aplica (não fez seleção)

**II.9. Você está vinculado a:**

- 1. ( ) Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura
- 2. ( ) Secretaria de Estado da Saúde
- 3. ( ) Ministério da Saúde
- 4. ( ) Empresa prestadora de serviços
- 5. ( ) ONG (Organização Não Governamental)
- 6. ( ) OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público)
- 7. ( ) Cooperativa de Trabalhadores
- 8. ( ) Universidade
- 9. ( ) Fundação de Apoio
- 10. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 99. ( ) Não sabe informar

**II.10. Seu regime de trabalho neste emprego é:**

- 1. ( ) Estatutário
- 2. ( ) Empregado Público (Celetista / CLT Concursado)
- 3. ( ) Contrato temporário (Celetista / CLT)
- 4. ( ) Contrato por regime especial temporário (Não Celetista / CLT)
- 5. ( ) Cargo Comissionado
- 6. ( ) RPA (Recibo de pagamento autônomo)
- 7. ( ) Cooperativado
- 8. ( ) Cedido de outra instituição pública
- 9. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 99. ( ) Não sabe informar

**II.11. Você está satisfeito com a sua forma de regime de trabalho?**

- 1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_
- 2. ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**II.12. Seu contrato de trabalho oferece algum plano de cargos, carreiras e salários?**

- 1. ( ) Sim e estou satisfeito
- 2. ( ) Sim, mas não estou satisfeito (Passe para a questão II.14)
- 3. ( ) Não (Passe para a questão II.15)

**II.13. Aponte três situações que caracterizem sua satisfação:**

---

---

(Passe para a questão II.15)

**II.14. Aponte três situações que caracterizem sua insatisfação:**

---

---

---

**II.15. Carga horária contratada:**

- 1. ( ) 40 horas semanais com dedicação exclusiva
- 2. ( ) 40 horas semanais com flexibilidade para exercer outras atividades
- 3. ( ) 20 horas ou 30 horas semanais, com extensão de carga horária
- 4. ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.16. Na prática, você cumpre:**

1. ( ) O que foi contratado (Passe para a questão II.18)  
 2. ( ) Mais do que foi contratado  
 3. ( ) Menos do que foi contratado (Passe para a questão II.18)

**II.17. As horas trabalhadas a mais são:**

1. ( ) Computadas em banco de horas e convertidas em folga  
 2. ( ) Remuneradas em folha de pagamento  
 3. ( ) Convertidas em folgas  
 4. ( ) Não recebo nada pelas horas a mais trabalhadas  
 5. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.18. Sua remuneração mensal bruta pelo trabalho na Estratégia Saúde da Família está na faixa de:**

1. ( ) Até R\$ 2.000,00  
 2. ( ) De R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00  
 3. ( ) De R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00  
 4. ( ) De R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00  
 5. ( ) De R\$ 5.001,00 a R\$ 6.000,00  
 6. ( ) Mais que R\$ 6.001,00

**II.19. Você está recebendo a remuneração mensal em dia?**

1. ( ) Sim                      2. ( ) Não

**II.20. Além da sua remuneração mensal, o município lhe paga algum outro valor como benefício/incentivo na participação de algum outro projeto, programa ou produção?**

1. ( ) Sim                      2. ( ) Não (Passe para a questão II.22)

**II.21. De que tipo? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Insalubridade  
 b. ( ) Auxílio transporte  
 c. ( ) Auxílio alimentação  
 d. ( ) Para atuação em área de risco  
 e. ( ) Por desempenho  
 f. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**II.22. Como você classifica sua remuneração como profissional da ESF?**

1. ( ) Muito boa              2. ( ) Boa                      3. ( ) Razoável              4. ( ) Baixa                      5. ( ) Muito baixa

**II.23. Tem outro(s) vínculo(s) de trabalho?**

1. ( ) Sim. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ 2. ( ) Não (Passe para a questão II.25)

**II.24. Local do(s) outro(s) vínculo(s) de trabalho: (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Pronto Atendimento  
 b. ( ) Hospital Privado  
 c. ( ) Hospital Público  
 d. ( ) Clínica/ambulatório privado  
 e. ( ) Centro/Unidade de Saúde  
 f. ( ) Pronto-socorro/emergência  
 g. ( ) Universidade/Faculdade como docente  
 h. ( ) Outro(s) serviço(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.25. Seu município oferece algum tipo de incentivo à formação para os profissionais da ESF?**

1. ( ) Sim                      2. ( ) Não

**II.26. Desde que você se inseriu na Estratégia Saúde da Família, fez algum dos cursos de capacitação / treinamento abaixo: (Permite mais de uma resposta)**

a. ( ) Treinamento introdutório	i. ( ) Doença Sexualmente Transmissível/A
b. ( ) Treinamento para preenchimento SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica	j. ( ) Hanseníase

c.( ) Saúde da Criança	k.( ) Imunização
d.( ) Saúde da Mulher	l.( ) Tuberculose
e.( ) Saúde do Idoso	m.( ) Gestores do SUS
f.( ) Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDPI	n.( ) Tabagismo
g.( ) Hipertensão	o.( ) Regulação, controle e avaliação
h.( ) Diabetes	p.( ) Outros.Especifique: _____

**II.27. Na sua percepção, a quantidade de capacitações/treinamentos recebidos é:**

- 1.( ) Muito satisfatória      2.( ) Satisfatória      3.( ) Insatisfatória

**II.28. A participação nas capacitações/treinamentos trouxe mudanças salariais?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**II.29. A participação nas capacitações/treinamentos teve alguma influência na sua prática profissional?**

- 1.( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_                      2.( ) Não

**II.30. Você tem acesso a: (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Publicações do Ministério da Saúde (Caderno da Atenção básica, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, outros)  
b.( ) Publicações da SESA (Linhas Guias, Boletim Epidemiológico, outros)  
c.( ) Periódicos/Revistas científicas da área de formação  
d.( ) Livros especializados na área de formação  
e.( ) Periódicos/Revista tendo como temática principal a ESF  
f.( ) Não tenho acesso a nenhum tipo de publicação  
g.( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_

**II.31. Você foi capacitado para atuar considerando a diversidade sociocultural da comunidade (ex.: concepções de saúde-doença-cuidado, nível socioeconômico, crença, espiritualidade, dentre outros)?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**II.32. Você foi treinado para a coleta, avaliação e análise de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)?**

- 1.( ) Sim                      2.( ) Não

**II.33. Em sua opinião, para exercer a atual atividade é fundamental: (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Receber treinamento introdutório adequado às novas atribuições  
b.( ) Receber treinamento de atualização em Atenção Básica  
c.( ) Receber treinamento que permita a elaboração ou aperfeiçoamento da análise do perfil epidemiológico local  
d.( ) Receber capacitação permanente sobre atenção a grupos específicos  
e.( ) Participar de encontros entre os profissionais da Saúde da Família promovidos pela secretaria municipal para troca de experiências  
f.( ) Realizar curso de especialização em Saúde da Família  
g.( ) Realizar curso de especialização em Saúde Pública/Coletiva  
h.( ) Realizar curso de especialização em sua área de formação  
i.( ) Não tenho opinião formada

**II.34. Na sua opinião, quais as principais razões para insatisfação e rotatividade na ESF: (Marque até 3 alternativas)**

- a.( ) Instabilidade do vínculo  
b.( ) Remuneração inadequada  
c.( ) Condições de trabalho precárias  
d.( ) Exigência da carga horária integral  
e.( ) Formação prévia dos profissionais incompatível com o modelo proposto  
f.( ) Existência de outras oportunidades de emprego  
g.( ) Baixa oportunidade de progressão profissional  
h.( ) Baixa oportunidade de capacitação e formação profissional

- i. ( ) Baixo comprometimento e adesão dos profissionais com a ESF  
 j. ( ) Falta de garantia de acesso a outros níveis de atenção  
 k. ( ) Baixa resolutividade das Unidades de Saúde da Família  
 l. ( ) Infraestrutura física e material inadequada  
 m. ( ) Motivos pessoais  
 n. ( ) Outra(s). Especifique: \_\_\_\_\_  
 o. ( ) Não sabe informar

### III – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ESF

#### III.1. Este é seu primeiro emprego na área da saúde?

1. ( ) Sim (Passe para a questão III.3)      2. ( ) Não

#### III.2. Qual(is) a(s) suas última(s) experiência(s): (Citar até 3)

CARGO	LOCAL	TIPO DE VÍNCULO	DURAÇÃO

#### III.3. Indique quantas equipes de saúde da família trabalham nesta Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ (nº. ESF)

#### III.4. Quem é o coordenador da sua Unidade de Saúde da Família?

1. ( ) Enfermeiro  
 2. ( ) Médico  
 3. ( ) Outro profissional. Especifique: \_\_\_\_\_  
 99. ( ) Não sabe informar

#### III.5. O que orienta a realização da programação das ações desenvolvidas pela sua equipe de saúde da família? (Permite mais de uma resposta)

- a. ( ) Dados do SIAB  
 b. ( ) Normas do Ministério da Saúde  
 c. ( ) Orientações da Secretaria Municipal de Saúde  
 d. ( ) Diagnóstico da comunidade  
 e. ( ) Decisão da equipe a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local  
 f. ( ) Demandas da população  
 g. ( ) Disponibilidade de espaço físico  
 h. ( ) Dados de outros sistemas de informação  
 i. ( ) Outro(s). Especifique: \_\_\_\_\_  
 j. ( ) Não sabe informar

#### III.6. Como sua equipe de saúde da família utiliza os dados coletados pelo SIAB? (Permite mais de uma resposta)

- a. ( ) Remete mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde  
 b. ( ) Analisa os dados para a tomada de decisões  
 c. ( ) Discute os dados com a coordenação da Unidade de Saúde da Família  
 d. ( ) Discute os dados com a comunidade  
 e. ( ) Discute os dados com outros órgãos governamentais  
 f. ( ) Discute os dados entre a equipe  
 g. ( ) Não sabe informar

#### III.7. A sua equipe de saúde da família estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?

1. ( ) Sim                                      2. ( ) Não (Passe para a questão III.9)

#### III.8. Quais as ações prioritárias de sua equipe? (Marque até 3 alternativas)

- a. ( ) Atenção à criança  
 b. ( ) Atenção ao adolescente  
 c. ( ) Atenção aos idosos  
 d. ( ) Atenção pré-natal



- e.( ) Atenção ao puerpério
- f.( ) Planejamento familiar
- g.( ) Controle de câncer uterino
- h.( ) Controle de DST/Aids
- i.( ) Controle da diabetes
- j.( ) Controle da hipertensão
- k.( ) Controle da tuberculose
- l.( ) Controle da hanseníase
- m.( ) Controle da dengue
- n.( ) Saúde bucal
- o.( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.9. Na última semana, quais atividades você realizou com mais frequência? (Permite mais de uma resposta)**

- a.( ) Atividades de grupo com pacientes em atendimento na USF
- b.( ) Atendimento à demanda espontânea da população
- c.( ) Procedimentos de rotina de sua responsabilidade
- d.( ) Atividades de capacitação continuada sobre temas relacionados às práticas de cuidados exercidas pela equipe
- e.( ) Atividade de Educação permanente com os ACS, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- f.( ) Atividades de administração e gerência
- g.( ) Reunião de equipe
- h.( ) Reunião com a comunidade
- i.( ) Consulta clínica individual/consulta de enfermagem para a população cadastrada
- j.( ) Consulta clínica individual/consulta de enfermagem para grupos prioritários
- k.( ) Visita domiciliar
- l.( ) Atendimento de emergência/urgência
- m.( ) Pequenas cirurgias ambulatoriais
- n.( ) Partos domiciliares
- o.( ) Ações de educação em saúde
- p.( ) Supervisão do trabalho dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde
- q.( ) Reunião com a coordenação/supervisão
- r.( ) Contatos com outros órgãos governamentais e entidades
- s.( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**III.10. Avalie como se realiza o trabalho em sua equipe:**

Trabalho em equipe					
a) O relacionamento é bom e respeitoso	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
b) A relação é conflituosa	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
c) A equipe organiza, de forma conjunta, a programação das atividades da equipe	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
d) A equipe apresenta dificuldades no trabalho interno e no trabalho com a comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
e) A equipe trabalha baseada em rotina pré-estabelecida	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
f) A equipe tem capacidade de rever suas rotinas e procedimentos	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
g) A equipe estimula a participação da comunidade	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
h) o trabalho da equipe garante liberdade,	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )

autonomia e prazer na organização do dia-a-dia do processo de trabalho	Sempre	Na maioria das vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sabe informar
i) o trabalho da equipe garante a criação de vínculos, laços de co-responsabilização e acolhimento na relação trabalhador /usuário dos serviços da USF	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar
j) Outro. Especifique: _____	1.( ) Sempre	2.( ) Na maioria das vezes	3.( ) Poucas vezes	4.( ) Nunca	5.( ) Não sabe informar

### III.11. Como você avalia a atuação da equipe nos seguintes aspectos:

- a) Acesso dos usuários à Unidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- b) Acolhimento da equipe com os usuários ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- c) Vínculo da equipe com a comunidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- d) Ações intersetoriais ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- e) Atendimento de demanda espontânea ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- f) Referência e contra-referência ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- g) Existência de fila na porta da Unidade ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- h) Encaminhamento a outros níveis de complexidade  
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- i) Capacidade da equipe de identificar os principais problemas de saúde da população  
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- j) Capacidade da equipe de resolver os principais problemas de saúde da população  
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim
- k) Município garante realização de exames especializados  
( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito Ruim

### III.12. Como você avalia seu cotidiano de trabalho na ESF? (Permite mais de uma resposta)

- 1.( ) Bom
- 2.( ) Prazeroso
- 3.( ) Criativo
- 4.( ) Valorizado
- 5.( ) Conflituoso
- 6.( ) Repetitivo
- 7.( ) Desvalorizado
- 8.( ) Ruim
- 9.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

### III.13. Em sua opinião, o espaço físico da unidade:

Atividades	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
a) Permite o atendimento de forma confortável para os usuários e para os profissionais	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
b) Contém a tecnologia necessária ao desenvolvimento das ações básicas de saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
c) Permite realizar reuniões de equipe e com privacidade	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
d) Permite promover reuniões de grupos de risco ou de orientação em educação em saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
e) Tem manutenção satisfatória	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
f) Foi especialmente construído para abrigar uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
g) Foi restaurado satisfatoriamente para abrigar uma equipe da saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
h) Abriga mais de uma equipe de saúde da família satisfatoriamente	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
i) Os espaços, inclusive consultórios, são compartilhados por mais de uma equipe de saúde da família	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião

j) Outro. Especifique: _____	1. ( ) Sim	2. ( ) Não	3. ( ) Não tem opinião
------------------------------	------------	------------	---------------------------

**III.14. A sua equipe avalia os serviços prestados à população? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Sim. Avalia internamente, na equipe  
b. ( ) Sim. Avalia com participação da comunidade  
c. ( ) Sim. Avalia com participação da coordenação  
d. ( ) Sim. De outras formas. Especifique: \_\_\_\_\_  
e. ( ) Não avalia

**III.15. Você faz anotações sobre a saúde do usuário após cada consulta?**

1. ( ) Sim, no prontuário do usuário  
2. ( ) Sim, no prontuário da família  
3. ( ) Sim, no prontuário do usuário e da família  
4. ( ) Não faço anotações (Passe para a questão IV.5.)

**IV – COORDENAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA REDE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**IV.1. Quando um paciente é atendido na Unidade de Saúde da Família e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso/fluxo mais comum?**

1. ( ) O paciente sai da unidade com a consulta agendada  
2. ( ) A consulta é agendada pela Unidade de Saúde da Família e a data é, posteriormente, informada ao paciente  
3. ( ) A consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação  
4. ( ) O paciente recebe uma ficha de encaminhamento e deve dirigir-se a qualquer unidade especializada  
5. ( ) O paciente recebe uma ficha de encaminhamento, sendo orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional  
6. ( ) Não há um percurso/fluxo definido  
99. ( ) Não sabe informar

**IV.2. Na sua unidade, os prontuários de saúde dos usuários estão organizados por:**

1. ( ) Indivíduo  
2. ( ) Família  
3. ( ) Indivíduo e família  
4. ( ) Não são utilizados prontuários  
99. ( ) Não sabe informar

**IV.3. Com que frequência você utiliza o prontuário de saúde para fazer anotações após cada consulta?**

1. ( ) Sempre  
2. ( ) Na maioria das vezes  
3. ( ) Poucas vezes  
4. ( ) Nunca

**IV.4. Durante a consulta, você normalmente pergunta sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico, violência doméstica, dentre outros)?**

1. ( ) Sempre  
2. ( ) Na maioria das vezes  
3. ( ) Poucas vezes  
4. ( ) Nunca

**IV.5. Quais são os serviços de saúde que a população cadastrada dispõe nos períodos noturnos, fins de semana e feriados no seu município? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Unidade de Saúde com atendimento noturno  
b. ( ) Unidade de Saúde com serviço de urgência  
c. ( ) Pronto-socorro  
d. ( ) Emergência Hospitalar  
e. ( ) Pronto Atendimento  
f. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_  
g. ( ) Não dispõe  
h. ( ) Não sabe informar

**IV.6. Em sua opinião, a implantação da Estratégia Saúde Família mudou a relação entre os serviços e a população?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não
- 3. ( ) Em parte
- 4. ( ) Não tem opinião formada

**IV.7. Assinale os principais problemas em relação à integração da rede de serviços: (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada no setor de cuidados ambulatoriais
- b. ( ) Problemas que ocorrem na relação entre a USF e a atenção especializada nos hospitais
- c. ( ) Problemas ocorrem na relação entre USF e emergência
- d. ( ) Problemas que ocorrem na relação entre a USF e o Pronto Atendimento
- e. ( ) Problemas ocorrem devido às listas de espera, que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitais
- f. ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**IV.8. Você participa no Conselho Local, Municipal ou Estadual de Saúde?**

- 1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- 2. ( ) Não

**IV.9. Existe Conselho Local de Saúde no seu território de atuação?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não (Passe para a questão IV.11)

**IV.10. Como você avalia os trabalhos do Conselho Local de Saúde para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade?**

- 1. ( ) Muito relevante
- 2. ( ) Relevante
- 3. ( ) Pouco relevante
- 4. ( ) Nada relevante
- 5. ( ) Não sabe avaliar

**IV.11. Quem participa do planejamento das atividades nesta USF? (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Todos os membros da equipe
- b. ( ) Agente Comunitário de Saúde
- c. ( ) Auxiliar/Técnico de Enfermagem
- d. ( ) Comunidade
- e. ( ) Coordenador/Diretor/Gerente da Unidade
- f. ( ) Enfermeiro
- g. ( ) Médico
- h. ( ) Não há planejamento das atividades
- i. ( ) Não sabe informar

**IV. 12. A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**IV.13. A equipe trabalha com mapa inteligente da sua área de atuação no qual estão discriminadas as Micro Áreas de responsabilidade dos ACS?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não

**IV.14. A equipe realiza diagnóstico da situação de saúde da população identificando os problemas mais frequentes?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não

**IV. 15. A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da ESF?**

- 1. ( ) Sim
- 2. ( ) Não

**IV.16. A programação das atividades da Equipe de Saúde da Família é orientada por: (Permite mais de uma resposta)**

- a. ( ) Demanda da população

- b.( ) Perfil epidemiológico da população local
- c.( ) Planilha de programação local sugerida pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
- d.( ) Informações do SIAB
- e.( ) Pelas orientações da Secretaria Municipal de Saúde
- f.( ) Pelas normas do Ministério da Saúde
- g.( ) Não há programação das atividades
- h.( ) Necessidade dos profissionais
- i.( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

IV.17. Para suas atividades profissionais, você faz uso de computador?

- 1.( ) Sim, na USF
- 2.( ) Sim, em casa
- 3.( ) Sim, na USF e em casa
- 4.( ) Não

**IV.18. Você tem acesso à internet para acessar os sistemas de informação?**

- 1.( ) Sim, na USF
- 2.( ) Sim, em casa
- 3.( ) Sim, na USF e em casa
- 4.( ) Não

**IV.19. Para suas atividades profissionais, você utiliza algum tipo de protocolo?**

- 1.( ) Não
- 2.( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_



## ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 04 de Outubro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

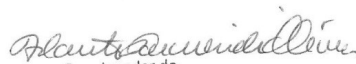
Para: Prof. (a) Rita de Cássia Duarte Lima  
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado **“Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: Avaliando os diferentes processos de trabalho no Espírito Santo”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **225/11** intitulado **“Mapeamento dos trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família: Avaliando os diferentes processos de trabalho no Espírito Santo”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de setembro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

  
Coordenador do  
Comitê de Ética em Pesquisa