

PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO

Tatiele Galli Zanetti*
Isabel Cristina Pacheco Van der Sand**
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini***
Águida Wicrowisky Kopf****
Paola Braz de Abreu*****

RESUMO

O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil socioprofissional e de formação dos integrantes de equipes de Saúde da Família (ESF) do Interior do Rio Grande do Sul, no Noroeste do Estado, especificamente da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde. É um estudo de caso de caráter quantitativo-descritivo, com coleta de dados por meio de questionário aplicado a 330 profissionais, em sua maioria trabalhadores do sexo feminino, em idade produtiva, casados, com filhos, com ingresso em equipes da ESF/PSF predominantemente de 2000 a 2004. Constatou-se baixa rotatividade dos profissionais nas equipes, o que pode qualificar a atenção prestada, já que a permanência junto às comunidades permite a formação de vínculo e favorece a interação com elas. Quanto à formação dos trabalhadores, há iniciativas para a realização de cursos, especializações e/ou residências, o que tende a refletir-se na atenção básica, no cuidado às pessoas e suas famílias e no seguimento da estratégia de saúde e do processo de trabalho. O estudo indica que ainda há espaço para qualificação e instrumentalização dos profissionais que compõem as ESFs, o que poderá contribuir para uma atenção de melhor qualidade às famílias e à população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Recursos Humanos em Saúde. Família.

INTRODUÇÃO

A saúde só passou a ser direito universal dos brasileiros após a promulgação da Constituição Federal de 1988. A partir de recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi criado, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), que em suas diretrizes e princípios preconiza a universalidade, a integralidade, a igualdade na assistência à saúde e a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral⁽¹⁻³⁾.

Com o passar dos anos, velhas e novas demandas indicaram a necessidade de reorientação do SUS e, assim, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de provocar mudanças, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas e estendendo as ações de saúde à toda a comunidade^(4,5). Apesar de ser nominado como programa, um documento do Ministério da Saúde, datado de 1997,

reconhece que o PSF, pelas suas especificidades, diferencia-se dos demais existentes à época, caracterizando-se como uma “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados”^(4:9). Salientamos que, com a finalidade de facilitar a compreensão do texto, optamos por nos referir à sigla ESF/PSF quando o conteúdo do texto diz respeito à Estratégia propriamente dita. Por outro lado, quando nos referimos à equipe de saúde da família, usamos a sigla ESF.

A Estratégia, além de ter sido criada para revolucionar o modelo de atenção básica vigente até então, alicerça-se em três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, respaldando-se pelo trabalho em equipe. A inclusão da família nesta nova proposição pressupõe que ela faz parte do processo saúde-doença, sendo importante o reconhecimento de suas condições socioeconômicas e culturais para

*Estudante do Curso de Enfermagem da UNIJUÍ. Bolsista PIBIC/UNIJUÍ, período 2008/2009. tatiele.zanetti@unijui.edu.br

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Pesquisador do Departamento de Ciências da Saúde-DCSa-Unijui. E-mail: isabel@unijui.edu.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Docente Pesquisador do DCSa-Unijui. Orientadora de Iniciação Científica. E-mail: nara.girardon@gmail.com

****Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente Pesquisador do DCSa-Unijui. E-mail: aguida@unijui.edu.br

*****Estudante do Curso de Enfermagem da UNIJUÍ. Voluntária de iniciação científica, período 2008. E-mail: lolinha_abreu@hotmail.com

que se converta em unidade de atenção em conjunto com os indivíduos que a compõem⁽⁶⁾.

Assentada nesses três pilares, a equipe multiprofissional é fundamental para o funcionamento deste programa. Essa equipe (ESF) deve ser composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e, pelo menos, seis agentes comunitários de saúde, podendo contar com outros profissionais, como psicólogos, dentistas e nutricionistas. O regime de trabalho dos profissionais da equipe mínima deve ser de dedicação integral⁽²⁾.

A ESF/PSF tem como foco o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população⁽²⁾, objetivando, por meio da identificação das necessidades das famílias e comunidades a que está adstrita, organizar a demanda para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, preocupado com a efetivação desse modelo assistencial, oferece qualificação aos profissionais que integram as ESFs, por meio de polos de capacitação em Saúde da Família, cursos de especialização em Saúde da Família e residência em Saúde da Família⁽⁷⁾. Percebe-se que várias estratégias de formação e capacitação foram desenvolvidas para a implantação efetiva da Estratégia, no entanto, em virtude do tamanho continental de nosso país, que permite uma riqueza de culturas, de potencialidades e de adversidades, as ESFs têm singularidades que as diferenciam entre si, quer nas características sociodemográficas dos profissionais, quer na formação para o trabalho com famílias, quer na gestão do trabalho ou na concepção do que seja família. Assim sendo, merecem destaque estudos cujo foco seja o perfil dessas ESFs e que tenham sido desenvolvidos em diferentes regiões brasileiras⁽⁸⁻¹²⁾.

Em estudo de caso com dez municípios de quatro regiões do país, cuja população é maior de 100 000 habitantes, foram analisados, entre outros aspectos, a composição e o perfil das ESFs, condições de trabalho e remuneração, rotatividade das equipes e estabelecimento de vínculos com a população e processos de capacitação dos profissionais⁽⁸⁾.

Na região de Apucarana - PR foi desenvolvido um estudo junto a 332 profissionais de 41 ESFs de 15 municípios com população inferior a 5.000 até 20.000 habitantes, com o objetivo de caracterizar o perfil dos trabalhadores das ESFs e as suas condições de trabalho. No tocante ao perfil, o estudo confirma a tendência de feminilização das equipes (85,54% mulheres) e a predominância de jovens entre os profissionais (75,90% com até 39 anos). Dentre enfermeiros e médicos, 13,25% possuíam pós-graduação. Quanto à gestão do trabalho, as ESFs constituíram-se em porta de entrada para 23,94% dos profissionais. O contrato de trabalho de todos os sujeitos era de 40 horas semanais, mas 26,13% referiram realizar carga horária menor que essa⁽¹¹⁾.

Diante dos resultados desses estudos, percebe-se que ainda há uma lacuna no conhecimento referente à concepção, por parte de profissionais de ESFs, acerca de seu objeto de trabalho - a família - e sobre o modo como desenvolvem sua abordagem de interação com este núcleo social. Em vista desta constatação, elaborou-se um estudo com essa finalidade abrangendo os municípios de CRS do RS (12^a, 14^a e 17^a). Para isso, um dos objetivos deste estudo foi caracterizar o perfil socioprofissional e o processo de formação dos profissionais das ESFs. No presente artigo apresentamos os dados relativos ao perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais de ESFs da 14^a CRS do Estado do Rio Grande do Sul.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo consiste de uma pesquisa de natureza quantitativa, do tipo descritiva, caracterizando-se como um estudo de caso, e foi realizado na área de abrangência da 14^a CRS/RS, com sede em Santa Rosa. Essa Coordenadoria é composta por 22 municípios (Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi), que, em dezembro de 2007, tinham uma população de 224.512 pessoas, das quais

75% tinham cobertura da ESF/PSF, considerando-se que cada equipe atende, em média, 3.450 pessoas. Deste total de municípios, 82% contavam com equipes implantadas e 12 deles apresentavam cobertura populacional de 100%⁽¹³⁾.

A população do estudo correspondeu a 576 profissionais (equipe mínima) de 48 ESFs de 18 municípios da 14ª CRS/RS. O critério de inclusão foi que o município contasse, até fevereiro de 2008, com pelo menos uma equipe ativa, salientando-se que, à época, 20 municípios tinham ESFs pactuadas, porém em dois deles ainda não estavam ativas. A amostra constituiu-se de 330 respondentes (57,3%) de 36 equipes (75%).

O instrumento de coleta de dados utilizado constituía-se de um questionário composto por questões abertas e fechadas sobre o perfil socioprofissional e relativas ao processo de formação dos integrantes das ESFs.

Para a coleta de dados, ocorrida em maio de 2008, foi realizado contato com a CRS a fim de informar sobre a pesquisa e solicitar colaboração e autorização para realizar o estudo. Como estratégia para contatar as ESFs, solicitou-se permissão para os pesquisadores participarem de reunião da CRS com as secretarias municipais de saúde. Em reunião na qual estavam presentes enfermeiras das ESFs foi-lhes formulado convite para participarem do estudo e colaborarem na distribuição de um questionário a seus colegas de equipe. Todas as enfermeiras presentes aceitaram participar da pesquisa e auxiliar no processo de coleta dos dados, levando o instrumento para suas equipes em envelope já subscrito para retorno. Para as equipes que não estavam representadas nessa reunião, a coordenadora regional da ESF/PSF manteve contato e enviou o instrumento ao município. Cada enfermeira, após 30 dias, recolheu o instrumento, preenchido ou não, e o devolveu em envelope fechado à CRS, que posteriormente o remeteu aos pesquisadores.

Cabe salientar que seguiu, junto com o instrumento de coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O instrumento foi preenchido e devolvido com a assinatura dos que aceitaram participar do

estudo. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Parecer Consubstanciado número 002/2008, emitido em janeiro de 2008.

Os dados foram organizados em banco de dados, com o auxílio do *software* EPINFO, versão 2000, depois foram tabulados e analisados pela estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados neste estudo permitem, inicialmente, caracterizar o perfil socioprofissional dos sujeitos participantes e, a seguir, a formação/qualificação para o trabalho em equipes da ESF/PSF.

Em relação aos questionários enviados (576 - 100%), verifica-se que 339 (58,8%) foram devolvidos preenchidos. Destes, nove foram descartados, pois foram preenchidos por trabalhador que não faz parte da ESF/PSF, totalizando 330 (57,2%) questionários válidos. Das 48 (100%) equipes que receberam o instrumento de pesquisa, 36 (75%) devolveram pelo menos um questionário preenchido, o que permite inferir que estes podem ser generalizados à população do estudo. Verifica-se que as equipes atendem às exigências mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde⁽²⁾ em relação à sua constituição, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais da 14ª CRS. Ijuí/RS, 2009.

Profissão	n	%
Aux. consult. Odont.	5	1,5
Agente com. saúde	171	51,8
Dentista	20	6,1
Enfermeiro	33	10,0
Médico	26	7,9
Téc./aux. Enfermagem	75	22,7
Total	330	100,0

Considerando-se que toda equipe necessita contar com um coordenador entre os seus membros, constatou-se que do total de respostas (321 = 97,3%) que indicavam o coordenador, 221 (68,8%) referiram o profissional enfermeiro, seguido pelo técnico/auxiliar de enfermagem (40 = 12,5%). Destaca-se que nove (3,70%) participantes não responderam a questão, o que pode ter ocorrido por desatenção/esquecimento

dos sujeitos no preenchimento do questionário ou por essas pessoas não terem clareza ou conhecimento sobre esse tema.

Tabela 2. Perfil dos profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família da 14ª CRS. Ijuí, RS, 2009.

Variável	n	%
Idade*		
19 - 30	86	26,1
31 - 40	123	37,4
41- 50	94	28,6
51 - 67	26	7,9
Média	37,3	
Sexo		
Feminino	281	85,2
Masculino	49	14,8
Situação conjugal*		
Unido	230	70,8
Não unido	95	27,7
Filhos*		
Sim	252	77,1
Não	75	22,9
Numero de filhos		
1 filho	86	34,1
2 filhos	110	43,7
3 ou mais filhos	56	22,2
Média	1,92	

*Nem todos os participantes responderam a questão.

A tabela 2 informa, em relação à distribuição dos participantes segundo a idade, que esta varia de 19 a 67 anos, com média de 37,3 anos, predominando a faixa etária dos 20 aos 50 anos, o que corresponde à idade produtiva. Esses dados vão ao encontro de estudos realizados com profissionais da ESF/PSF em outras regiões do País que abordaram, entre outras, a categoria faixa etária^(9-12,14, 15).

A tendência de equipes compostas por profissionais jovens e majoritariamente do sexo feminino foi verificada também em pesquisa realizada junto a 409 profissionais de ESFs de 31 municípios adstritos a uma Coordenadoria que buscou verificar as necessidades de cada profissional relativas à capacitação e aperfeiçoamento para atuação na ESF/PSF⁽¹²⁾. Em estudo cujos objetivos foram analisar as características dos enfermeiros que atuavam, no ano de 2006, na ESF/PSF de Floriano - Piauí e discutir as implicações para a prática profissional, foi constatado resultado semelhante, em que a maioria dos sujeitos tinha mais de 30 anos. Além disso, o estudo informa que esses profissionais têm contrato de trabalho

temporário com a prefeitura e duplicidade de vínculo empregatício, atuando paralelamente na docência e/ou na assistência hospitalar⁽¹⁰⁾.

Diante de tais resultados percebe-se que a ESF/PSF revela a perspectiva da criação de renda e de emprego para grupos menos favorecidos, especialmente jovens e mulheres; no entanto, a relação de trabalho, por vezes, é informal e com vínculos precários, fator que pode comprometer a continuidade da ESF/PSF⁽⁸⁾.

No que se refere à categoria sexo, na mesma tabela observa-se o predomínio de mulheres atuando nas ESFs da 14ª CRS, o que se deve, em especial, aos profissionais de enfermagem e aos agentes comunitários de saúde. Estudo realizado com médicos e enfermeiras do Estado de Mato Grosso evidenciou esta tendência da feminilização da força de trabalho nas ESFs, bem como a prevalência de contratos precários de trabalho com rendimentos díspares entre enfermeiros e médicos, acrescida da rotatividade dos profissionais⁽⁹⁾. Nesse sentido, outro estudo, que caracteriza os gestores municipais de saúde da 14ª CRS/RS e elenca os principais problemas dos municípios em relação à efetivação do SUS na visão dos gestores, desenvolvido com 22 participantes, evidenciou tal tendência, o que valida os achados do presente estudo⁽¹⁷⁾. Cabe destacar que resultados semelhantes foram detectados em outros estudos com objetivo similar ao deste^(10-12, 15).

Quanto à situação conjugal dos profissionais, observa-se, na tabela 2, que, dos profissionais que responderam esta questão, a maioria é do tipo *unida* (70,8%), constituída de casados, em união consensual ou qualquer outra denominação que se refira à união estável. Este dado pode estar associado à idade dos profissionais respondentes, que estão, em sua maioria, na idade adulta, considerando-se o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe à constituição de novos núcleos familiares. Este resultado assemelha-se ao de outros estudos realizados junto a profissionais de ESFs de outras regiões do País - no Centro-Oeste e Sudeste, por exemplo^(9,16) - nos quais a maioria dos profissionais é casada.

Quanto ao número de filhos, mais de dois terços dos profissionais responderam que têm filhos, o que se assemelha aos resultados de

estudo paulista⁽¹⁶⁾. Destes, a maioria (77,8%) possui entre um e dois filhos, sendo que a média é de 1,94 filho por pessoa, próxima à média nacional, que é de 2,3 filhos por família. No total dos trabalhadores que têm filho predominam aqueles que têm dois.

Tabela 3. Ano de ingresso na equipe de Saúde da Família. 14^a CRS. Ijuí, RS, 2009.

Ano ingresso PSF	n	%
1985 - 1994	6	1,9
1995 - 1999	33	10,4
2000 - 2004	172	54,3
2005 - 2008	106	33,4
Total*	317	100,0%

*Nem todos os participantes responderam a questão.

Referente ao ano de ingresso dos profissionais em ESF verifica-se, conforme a tabela 3, que no período de 2000 a 2004 houve um maior ingresso de profissionais, seguido pelo período de 2005 a 2008. Cabe destacar que 1,9% dos profissionais menciona seu ingresso entre 1985 e 1994, o que, provavelmente, deve-se ao fato de que o município de Santa Rosa/RS, sede da 14^a CRS, implantou ESFs já na década de 1980, evidenciando pioneirismo em relação à reformulação no modelo assistencial até então vigente. O período de maior ingresso, de qualquer forma, pode refletir a tendência de consolidação da Estratégia de Saúde da Família na região estudada.

Tabela 4. Rotatividade dos profissionais em ESFs. Ijuí, RS, 2010.

Rotatividade de equipe*	ACD		ACS		Dentista		Profissional Enfermeiro		Medico		Téc/Aux Enf		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uma	-	-	21	61,8	2	5,9	2	5,9	1	2,9	8	23,5	34	100,0
Duas	1	1,7	15	25,9	7	12,1	14	24,1	5	8,6	16	27,6	58	100,0
Três	-	-	-	-	1	5,6	4	22,2	6	33,3	7	38,9	18	100,0
Quatro	-	-	-	-	1	14,3	1	14,3	4	57,1	1	14,3	7	100,0
Cinco	-	-	-	-	-	-	-	-	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Seis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0

*Nem todos os participantes responderam a questão.

No que diz respeito à rotatividade dos profissionais em ESFs, na tabela 4 verifica-se que, dos 98 que responderam a questão, 34 (28,3%) profissionais trabalharam em pelo menos uma equipe diferente da atual e 58 (48,3%) em duas equipes diferentes. Este dado pode denotar uma baixa rotatividade, pois muitos profissionais atuam nessas equipes desde o ano de 1994 até 2008, o que parece ser um elemento importante para sua inserção na comunidade, para a formação de vínculo com as famílias e para a qualificação da atenção prestada. Neste sentido, em estudo que avalia a participação dos enfermeiros na ESF/PSF, é destacada a importância da permanência dos profissionais por maiores períodos em determinado território, o que proporciona facilidade de contatos efetivos com a comunidade, melhor conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, considerando-se a categoria profissional, constatou-se que na 14^a CRS a categoria médica é a que tem maior rotatividade

nas equipes, pois, dos 18 profissionais que responderam a questão, 12 (66,7%) tinham participado de três a seis equipes, além da atual, o que pode estar relacionado à carência de profissionais para atuar na área e/ou à busca por melhores condições de trabalho e remuneração. Destaca-se que, no tocante à rotatividade de enfermeiros e médicos, estudo realizado no Estado de Mato Grosso evidencia que 32,8% desses profissionais já haviam trabalhado em mais de uma equipe, o que, de um lado, significa acúmulo de experiência com o programa, e do outro, mostra rotatividade, comprometendo a vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades⁽⁹⁾.

No que diz respeito à qualificação dos profissionais para o trabalho em ESFs, 70 (21,2%) profissionais referiram ter algum tipo de qualificação. Em relação ao curso introdutório, 68 (86,1%) dos 79 profissionais habilitados (com formação superior) a fazer este curso o realizaram, o que evidencia que a política da Secretaria Estadual de Saúde do RS de oferecer regularmente essa modalidade de qualificação tem sido bem aceita por parte dos gestores

municipais e dos profissionais que integram as ESFs. No que diz respeito a outras iniciativas de formação para atuar na Estratégia, observa-se que 50 profissionais (63,3%), dos 79 com nível superior, têm especialização ou residência em alguma área da saúde. Destes, 70% têm formação no campo da saúde pública/coletiva. Considerando-se a qualificação específica para atuar na área da saúde da família, 37,1% fizeram algum curso de especialização ou residência. Nesta perspectiva, pudemos constatar que, do total de profissionais com nível superior, 16,4% têm formação específica em saúde da família.

A realidade detectada no presente estudo vai ao encontro dos resultados de pesquisas de outros pontos do País, a exemplo do Estado do Piauí, em que, no tocante à qualificação para o trabalho, foi constatado que cerca de um terço dos profissionais tinha especialização em Saúde Pública e a maioria atuava na ESF/PSF havia mais de três anos⁽¹⁰⁾. Salienta-se também que a maior parte dos profissionais de nível superior que participaram do estudo gaúcho realizado nos municípios da CRS de Santa Maria tinham experiência prévia em Saúde da Família, com especialização na área; no entanto, os de nível médio não possuíam formação nessa área⁽¹²⁾.

Percebe-se que os profissionais têm buscado especializações ao longo da trajetória profissional; no entanto, uma investigação que trata da formação de recursos humanos em Saúde da Família assinala que os enfermeiros são especialistas em saúde pública ou saúde coletiva e os médicos são clínicos, com formação em especialidades clássicas, sendo que poucos têm formação nas áreas de saúde pública⁽¹⁵⁾.

Neste sentido, estudo de caso acerca do perfil das equipes de quatro regiões do País revela também que a qualificação dos profissionais é um aspecto que se mostra com fragilidades, apontando a necessidade de o aparelho formador adequar-se às mudanças assistenciais pretendidas pela Estratégia e indicando a insuficiência dos polos estaduais no atendimento às demandas de educação continuada dos diversos profissionais⁽⁸⁾. Destarte, entre as demandas da ESF/PSF destaca-se a necessidade de aprimoramento técnico-científico para atuação na Estratégia, bem como de descentralização dos cursos de pós-graduação,

em especial na área de Saúde da Família⁽¹⁰⁾.

Em relação à busca de qualificação para o trabalho por parte dos profissionais, os resultados do presente estudo sugerem possíveis reflexos no funcionamento das unidades vinculadas à ESF/PSF, visto que a formação específica para o trabalho com famílias tem potencial para sensibilizar o profissional quanto ao reconhecimento da família como um fenômeno que é complexo e demanda apoio em tempos de dificuldades.

Diante dos resultados do presente estudo e com base naquelas que lhe dão suporte, percebe-se que a instrumentalização para o trabalho com famílias consiste em dispor de conhecimentos que capacitem o profissional a interagir com a família a partir de referenciais teóricos, instrumentos de avaliação, estratégias de aproximação e relacionamento e técnicas de intervenção que o capacitarão para isso.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, pelo fato de retratarem a realidade de equipes de uma determinada coordenadoria de saúde inserida em uma região do Rio Grande do Sul que tem características peculiares, em princípio, poderiam ser estendidos apenas aos municípios semelhantes; no entanto, pelo fato de as equipes da ESF/PSF terem uma composição similar em todo o território nacional, parece-nos que, especificamente no que se refere à formação e qualificação dos profissionais, esses resultados podem ser generalizados.

O conhecimento sobre o perfil e a formação dos profissionais que atuam nas ESFs pode contribuir para a construção de ações formativas e educativas na área, visando garantir a implementação e a efetividade dos princípios da Estratégia, considerando, para tanto, as características dos profissionais como forma de possibilitar a participação e o comprometimento, atitudes que se refletem no planejamento, desenvolvimento e avaliação dessas ações. Nesta perspectiva, o estudo aponta a possibilidade de ampliação das características a serem estudadas, incluindo vínculos contratuais, remuneração, condições de trabalho, além de estudos que busquem conhecer a aplicabilidade, no cotidiano da ESF/PSF, dos conteúdos abordados nas ações

de educação permanente.

Enfim, concluiu-se, por meio do perfil traçado, que há espaço para qualificação e instrumentalização dos profissionais que

compõem essas equipes, independentemente de sua formação de base, o que poderá contribuir para uma atenção de melhor qualidade às famílias e à população.

SOCIO-PROFESSIONAL PROFILE AND TRAINING OF FAMILY HEALTH TEAMS: A CASE STUDY

ABSTRACT

The study aims to characterize the socio-professional and training profile of members of *Equipes de Saúde da Família* (ESF), in the Northwest Region of Rio Grande do Sul State, Brazil, specifically the teams of 14^a *Coordenadoria Regional de Saúde*. It is a quantitative and descriptive case study; data collection was carried out with a questionnaire to 330 professionals. The majority of professionals are female, in productive age, married, with children, and the biggest part of them started working at ESF/PSF between the years 2000 and 2004. There is low alternation of people in the teams, which can qualify the attention, since the permanence of the teams in the communities allows the formation of bonds and encourages interaction between professionals and community. As for the training of workers, there are initiatives for the execution of courses, specializations and/or residency, which tends to reflect in primary health care, in care to the people and their families, in pursuance of health strategy and the work process. Study indicates that there is still space for qualification and instrumentalization of the professionals that are members of ESF, which can contribute to a better attention to the families and the population.

Key words: Primary Health Care. Family Health. Health Manpower. Family.

PERFIL SOCIOPROFESIONAL Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA: UN ESTUDIO DE CASO

RESUMEN

El objetivo fue caracterizar el perfil socioprofesional y de formación de los integrantes de Equipos de Salud de la Familia (ESF) del interior del Rio Grande do Sul, en la región Noroeste, específicamente de la 14^a Coordinadoría Regional de Salud. Es un estudio de caso, cuantitativo, descriptivo, con recolección de datos por medio de encuesta a 330 profesionales. La mayoría de los participantes son trabajadores del sexo femenino, en edad reproductiva, casados y con hijos, con el ingreso en los equipos de la ESF/PSF predominantemente de 2000 a 2004. Se constató baja movilidad de los profesionales en los equipos, lo que puede calificar la atención dispensada, ya que la permanencia junto a las comunidades permite la formación de vínculo y ayuda la interacción junto a ellas. Con relación a la formación de los trabajadores existen iniciativas para la realización de cursos, especializaciones y/o residencias médicas, lo que acaba reflejando en la atención básica, en el cuidado a las personas y sus familias, en el seguimiento de la estrategia de salud y del proceso de trabajo. El estudio indica que, aún, hay espacio para la calificación e instrumentalización de los profesionales que componen las ESFs, lo que podrá contribuir para una atención de mejor calidad a las familias y a la población.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Salud de la Familia. Recursos Humanos en Salud. Familia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal do Brasil, 1988. Título VIII - da Ordem Social, Capítulo II - Seção II Da Saúde - Arts. 196; 197; 198 (Parágrafo único - EC 29); [Internet] [acesso 2008 dez 20]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/legislacao_det.php?co_legislacao=2>
2. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev Adm Pública*. 2008 mar-abr; 42(2):369-89.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. [Internet]. Brasília (DF): 1990. [acesso 2008 dez 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
4. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.

- Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. [Internet]. Brasília (DF); 1997. [acesso 2010 jul 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.
5. Dias MEA, Cunha FTS, Amorim WM. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. *Rev bras enferm*. 2005; 58(5):513-18.
 6. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev esc enferm USP*. 2007 mar; 41(1):65-72.
 7. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. [Internet]. Brasília (DF); 2004. [acesso 2010 jul 27]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf>
 8. Mendonça MHM, Senna M, Gomes VC, Escorel S, Giovanella L. As inovações na gestão de recursos humanos

no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília, (DF): ABRASCO; 2003. p. 56.

9. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad Saúde Pública. 2006 set; 22(9):1881-92.

10. Rocha, JBB, Zeitoune, RCG. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. R Enferm UERJ. 2007 jan-mar; 15(1):46-52.

11. Santini SML, Jedliczka JRS, Nunes EFPA, Bortoletto MSS. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. In: III Congresso Consad de Gestão Pública; 2010 Mar 15-17; Brasília (DF): Consad.

12. Ferreira ME, Schimith MD, Caceres NC. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Cienc saude colet [Internet]. 2010 ago. [acesso 2010 Jul 27];15(5):2611-2620. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a35.pdf>.

13. Rio Grande do Sul. Saúde da Família. Indicadores/Estatísticas. [Internet]. [Acesso 2010 jul 27]. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/>

14. Giacomozzi CM; Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2006 out-dez [acesso 2008 dez. 20];15(4):645-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>.

15. Gil CR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005 mar-abr; 21(2):490-8.

16. Camelo SHH. Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 2008 jan-mar; [acesso 2008 dez. 27];7(1):45-52. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4895/3208>.

17. Lovato MH; Perez SMS. Avaliação das políticas Municipais de Saúde para efetivação do SUS: Um olhar dos gestores municipais da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde Santa Rosa, RS. Boletim de Saúde, Porto Alegre, 2004 jan-dez; 18(1):159-167.

Endereço para correspondência: Isabel Cristina Pacheco. Rua Ângelo Strapazon, 310, Centro, CEP: 98700-000, Ijuí, Rio Grande do Sul.

Data de recebimento: 10/07/2009

Data de aprovação: 22/08/10