



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

Mapping of the professional profile and the difficulties faced by servers professional performance on the family health program (psf) of the municipality of Ituiutaba-MG

Ana Paula Camargo de Freitas Marques¹

<https://orcid.org/0000-0002-6183-7969>

Victor Manuel Barbosa Vicente²

<https://orcid.org/0000-0003-4098-078X>

Recebido em: 12 nov. 2024

Aceito em: 27 mar. 2025

Como citar este artigo: CAMARGO DE FREITAS MARQUES, A. P.; BARBOSA VICENTE, V. M. Mapeamento do perfil profissional e das dificuldades enfrentadas pelos servidores na atuação do Programa da Saúde da Família (PSF) do município de Ituiutaba-MG: Mapping of the professional profile and the difficulties faced by servers professional performance on the family health program (psf) of the municipality of Ituiutaba-MG. **Revista Visão: Gestão Organizacional**, Caçador (SC), Brasil, v. 14, n. 1, p. e3679-e3679, 2025. DOI: 10.33362/visao.v14i1.3679. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/visao/article/view/3679>.

Resumo: O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar o perfil profissional bem como as dificuldades e os problemas enfrentados pelos servidores que atuam no Programa da Saúde da Família (PSF) no município de Ituiutaba-MG. A pesquisa é de cunho qualitativa e utilizou dados coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com gestores e questionários estruturados aplicados com os colaboradores e gestores. Os principais achados revelaram em relação ao perfil profissional que 88,89% dos profissionais dos PSF's são do sexo feminino, apenas 47,22% dos profissionais receberam algum tipo de treinamento. A quantidade insuficiente de profissionais foi a principal dificuldade percebida. Concluiu-se, que a estratégia saúde família é uma importante política pública para o município e ao pesquisar o perfil profissional destes servidores e analisando os problemas enfrentados pelos mesmos no atendimento a comunidade deveria ensejar no poder público municipal planos de ação para

¹ Graduada. Administração. Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: aninhapaula1445@hotmail.com.

² Doutor. Curso de administração. Universidade Federal de Goiás. E-mail: victorvicente@ufg.br.

corrigir as principais dificuldades reveladas neste estudo.

Palavras-Chave: Programa da Saúde da Família (PSF). Perfil profissional. Dificuldades.

Abstract: This study aims to identify and analyze the professional profile as well as the difficulties and problems faced by the servers working in the Family Health Program (PSF) in the municipality of Ituiutaba-MG. The research is qualitative and used data collected from semi-structured interviews with managers and structured questionnaires applied with employees and managers. The main findings revealed the professional profile that 88.89% of the PSF professionals are female, only 47.22% of the professionals received some type of training. The insufficient number of professionals was the main perceived difficulty. It was concluded that the family health strategy is an important public policy for the municipality and researching the professional profile of these servants and analyzing the problems faced by them in their action to attend the community, may give rise to action plans to correct the municipal government the main difficulties revealed in this study.

Keywords: PSF, Professional Profile, Difficulties.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a participação social na área da saúde foi colocada em pauta no final da década de 1980, mais precisamente a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF-88). Antes da promulgação da Constituição alguns movimentos já reivindicavam melhoria na área de saúde, alguns importantes ocorreram na década de 1970 e na década de 1980. No início da década de 1970, surge o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que reuniu sanitaristas e diversos atores sociais em prol do reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde (TATAGIBA, 2002). Já no ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu em um marco na história da saúde no Brasil, pois foi durante a mesma que se definiu as diretrizes e os princípios básicos que o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser institucionalizado.

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

2005).

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

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

As razões que justificam esse estudo se dão pelo fato que o mesmo pode oferecer as equipes multiprofissionais de saúde de outras localidades informações que irão norteá-los no melhor modo de lidar com as dificuldades, o que pode ocasionar uma melhoria da qualidade do atendimento prestado para a comunidade em unidades não satisfatórias. Espera-se também que a população possa se beneficiar com essa pesquisa, podendo utilizá-la como fonte de pesquisa para um melhor entendimento da dinâmica da estratégia saúde da família e de como podem contribuir para o seu efetivo funcionamento.

Além disso, a pesquisa em construção poderá contribuir com novas informações e ampliar o conhecimento da Estratégia Saúde da Família, sendo capaz de auxiliar gestores públicos no desenho de novas políticas públicas e traçar planos de ação para melhorar o funcionamento dos PSF's.

As pesquisas relatam a importância do bom relacionamento entre a equipe de saúde da família e a população e mais, demonstram como essa relação é primordial para o bom funcionamento da estratégia governamental em questão. Porém, como Ronzani e Silva (2008) destacam as equipes enfrentam, por vezes, dificuldades no momento de definição dos métodos mais adequados da efetivação das ações locais voltadas à prevenção e promoção da saúde, destacadamente pelo fato de que a própria população, por vezes, desconhece a função da ESF e, a partir disso, passa a não seguir as orientações dos agentes de saúde. Por esse cenário

é possível verificar que as adversidades enfrentadas pelos profissionais de saúde vão além de dificuldades na infraestrutura dos serviços e no sistema de saúde em si, ações isoladas não resolveriam esses problemas (RONZANI e SILVA, 2008).

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

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

Partindo desse pressuposto, o artigo possui como objetivo principal: identificar e analisar o perfil profissional e as dificuldades enfrentadas na atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nas onze unidades dos PSF's localizados em Ituiutaba, pela perspectiva dos colaboradores que ali atuam.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

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

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O Estado brasileiro se viu obrigado, no começo do século XX, a controlar as epidemias de doenças infectocontagiosas que exerciam influência na economia agroexportadora da República Velha. Maciel (2009) relata que através dessa necessidade de controle é que surgiu a Educação Sanitária. Doenças como: febre amarela, tuberculose, varíola e sífilis acometiam parcela significativa da população brasileira e o governo da época respondia por meio de campanhas sanitárias. As campanhas sanitárias possuíam em sua essência vacinas obrigatórias, vistoria em casa, internações forçadas, o governo tratava esses assuntos de forma coercitiva (MACIEL, 2009). A insatisfação popular contra esse tratamento resultou na Revolta da Vacina, um movimento popular de combate à vacina obrigatória da varíola.

Sob esse cenário, a saúde da população só declinava e profissionais da saúde estavam insatisfeitos com essa condição (MACIEL, 2009). Diante desses fatos, surge o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), que nasceu no âmbito da luta contra a ditadura, no início da década de 1970 (TATAGIBA, 2002). O movimento da reforma sanitária foi à reunião de um conjunto de

ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças envolviam todo o setor da saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2013).

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

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

O artigo 196 da (CF) de 1988 estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

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

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

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

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

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

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

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

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

Sousa e Hamann (2009) constataam que a equipe multiprofissional do PSF deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e deve ser responsável por em média 3000 pessoas. As especificações que cada profissional da equipe de Saúde da Família deve seguir estão contidas em um manual intitulado Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

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

O êxito ou fracasso da ESF está atrelado ao bom desempenho da equipe de saúde da

família (eSF). Essa equipe é encarregada pela prestação dos serviços e atendimento da população no nível da atenção básica de saúde, por isso, suas objetivações são de extrema importância e podem contribuir na identificação de problemas na Estratégia. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

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

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

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

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

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

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Dado que o objetivo desse trabalho é mapear o perfil profissional e identificar as dificuldades e limitações enfrentadas pelos profissionais na gestão da Estratégia Saúde da Família, classificou-se essa pesquisa como de caráter, descritivo, com abordagem predominantemente qualitativa (VERGARA 2015).

As unidades de análise desta pesquisa serão os onze PSF's do município de Ituiutaba–MG, e os sujeitos de pesquisa, os profissionais que desempenham atividades laborais nessas unidades e que conformam as equipes do PSF.

Adicionalmente, também foi realizada uma pesquisa documental, uma vez que foram utilizados documentos oficiais, principalmente leis e decretos que constituem a base para Sistema Único de Saúde e para a Estratégia Saúde da Família, de forma a subsidiar a verificação de atendimento ou não das informações obtidas na pesquisa de campo.

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

Segundo Lakatos e Marconi (1991) e Vergara (2005), a entrevista semiestruturada consiste em uma técnica em que o entrevistador realiza perguntas pré-determinadas, seguindo um roteiro pré-estipulado, podendo haver alterações. Inicialmente, foi utilizado um roteiro para direcionar as entrevistas, as questões foram agrupadas em categorias de análise, fundamentadas de acordo com o embasamento teórico, buscando analisar o perfil e a forma de atuação dos profissionais do PSF, todavia, por ser semiestruturada, ficou assegurado ao entrevistado manifestar-se de acordo com sua construção de sentido.

As dimensões da análise e as categorias de análise utilizados nesta pesquisa são

apresentadas nas Tabelas 1:

Tabela 1. Perfil e atuação profissional

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

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

Em conformidade com normativas todos os quesitos para aprovação ética foram atendidos. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foram salvaguardadas o sigilo, o anonimato e uso dos dados exclusivamente para fins

acadêmicos. A submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e o número de protocolo, não são aplicáveis para esta pesquisa.

Os questionários foram aplicados nos meses de abril e maio e as entrevistas foram realizadas em maio e junho de 2019. A análise dos resultados dos questionários foi feita através do uso de estatística descritiva. As entrevistas foram gravadas a fim de permitir uma reprodução exata do depoimento do entrevistado, para fins da análise e tratamento de dados, as entrevistas foram transcritas para formato digital, através de um processador de texto. Para a análise dos resultados das entrevistas utilizou-se o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1997), onde a ênfase está no conteúdo e discurso dos argumentos apresentados. Foi assegurado o sigilo e anonimato dos entrevistados.

O estudo realizado apresentou duas limitações importantes, as restrições de tempo foram um pequeno entrave a pesquisa, pois por se tratar de uma monografia acadêmica, estourar prazos de coleta, de visitas ao local de pesquisa, e de defesa em banca, não era uma possibilidade. Outro fator limitador foram os recursos, essa pesquisa não teve apoio ou financiamento, o que poderia aumentar o número de viagens ao município onde está localizada a PSF estudada, inclusive, proporcionaria mais conversas com os profissionais.

DISCUSSÕES E RESULTADOS

PERFIL PROFISSIONAL

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

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

Antes da apresentação do perfil dos servidores, serão apresentados os aspectos funcionais dos PSF's, os enfermeiros também atuam como coordenadores das unidades, eles coordenam a equipe de profissionais que ali trabalham, apesar, possuem uma coordenadora geral, que é quem faz o intermédio dos mesmos com as gestões superiores da Secretaria de Saúde, cada PSF recebe no começo do mês uma quantidade de guia de exames, que são levadas aos laboratórios cadastrados, sendo possível assim fazer exames de sangue, urina, etc. e é liberado um número de consultas com médicos especialistas, dentre os quais, cardiologistas,

urologistas, neurologistas e outros na Unidade Mista de Saúde, sendo que todos recebem a mesma quantidade, os PSF contam com quatro carros que auxiliam no processo de trabalho, desde a entrega de materiais até as visitas domiciliares. Os PSF estão todos localizados no perímetro urbano da cidade.

A missão e os objetivos do programa incluem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, onde a família passa a ser o objeto de atenção no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Entre os servidores pesquisados os dados mostram uma prevalência do sexo feminino de 88.89% (tabela 2). Em entrevistas os respondentes apontam alguns insights para essa predominância do sexo feminino nos PSF's.

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

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

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

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

Tabela 2. Sexo e Idade dos participantes

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

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A tabela 3 mostra que a principal forma de contratação é através de processo seletivo via CLT (62,5%), segundo a Lei nº 11.530 de 5 de outubro de 2006, os ACS devem ser contratados mediante processo seletivo público.

Todos os profissionais trabalham 40 horas semanais (tabela 3), o que mostra uma discrepância com o estudo de Cotta *et al* (2006), já que no mesmo relata-se que apenas os ACS e os auxiliares de enfermagem cumpriam essa jornada de trabalho, apenas 50% dos médicos e enfermeiros cumpriam esse horário, os demais trabalhavam seis horas por dia. Isso demonstra que as equipe dos PSF's de Ituiutaba seguem corretamente a portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que "recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população".

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

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

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

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

Tabela 4. Nível de Escolaridade dos participantes

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

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

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

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

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

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

“(...) Não, não tive nenhuma capacitação não, acho que só as ACS que têm algum treinamento quando entram (...)”. (Entrevistado A).

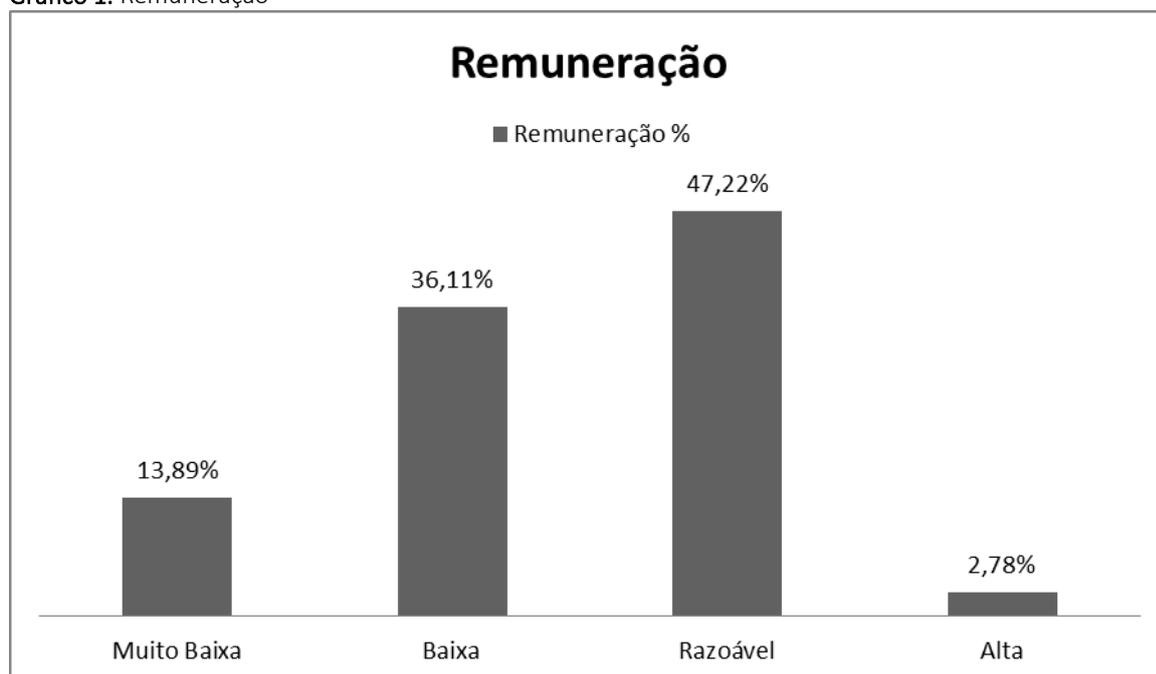
Tabela 5. Treinamento para atuar no PSF dos participantes

Categorias	Subcategorias	Resultados	%
Treinamento	Sim	34	47,22
	Não	38	52,78
Quantidade e Qualidade das Informações	Sim	35	48,61
	Não	37	51,39

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

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

Gráfico 1. Remuneração



Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

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

Tabela 7. Relacionamento com a equipe dos participantes

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

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

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

Entre as semelhanças estão o maior percentual de mulheres trabalhando nos PSF's e também a prevalência de servidores da faixa etária de 31 a 45 anos. Entre as diferenças que aparecem na comparação dos estudos, está a jornada de trabalho, enquanto essa pesquisa identificou que todos trabalham em jornada diária de 8 horas, no estudo de Cotta (2006), 50% dos enfermeiros e médicos trabalham 6 horas diárias.

Também foi identificada uma diferença considerável em relação aos profissionais que possuem pelo menos ensino médio completo.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL: DIFICULDADES E FACILIDADES DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ASSISTIR A COMUNIDADE

Nesta seção foram identificadas e analisadas ações prestadas, facilidades e dificuldades enfrentadas na atuação profissional dos servidores.

De acordo com as entrevistas 66,67% dos profissionais atuam nos PSF's a menos de quatro anos e os mesmos juntamente com os outros 33,33% dos profissionais que já trabalham a mais de oito anos relatam que não receberam nenhum tipo de capacitação para exercer esse tipo específico de serviço, essa informação nos ajuda a reforçar a constatação dos questionários que apontaram que 52,78% de todos os profissionais dos PSF's não tiveram nenhum treinamento para exercer suas funções (tabela 4). Campos e Belisário (2001) vão na mesma direção, pois entendem que hoje é consensual que para superar dificuldades na gestão do PSF é importante incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários, nos quais se realizam a ação educativa, para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional na superação dos problemas de gestão do programa saúde família.

Na mesma linha, a pesquisa realizada no Município de Santo Antônio do Descoberto (GO), por Kell; Shimizu (2010) corroboram também o nosso estudo quanto à constatação dos atuais problemas dos profissionais e gestores da saúde e seus novos desafios são de enfrentar a necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e de qualificação profissional, mais capacitados a atuar em saúde coletiva e comunitária. Para Kell; Shimizu (2010), a qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde.

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

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

Sobre o motivo que levou os coordenadores a se interessar a trabalhar nos PSF's, a principal resposta foi o salário, os mesmos afirmam que os PSF's de Ituiutaba são o lugar onde pagam os melhores salários para os enfermeiros. Kell; Shimizu (2010), reforçam esse entendimento, de que associado a qualificação profissional, está o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura dos relevantes

serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais do Programa Saúde da Família.

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

Tabela 7. Dificuldades enfrentadas nos PSF's

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

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos dados coletados.

A principal dificuldade está na falta de profissionais, segundo os entrevistados, os PSF's de Ituiutaba estão trabalhando sem a equipe mínima exigida, e essa falta de profissionais está prejudicando consideravelmente alguns serviços oferecidos pelo PSF. Estudos de Junges *et. al.* (2009), que analisou os processos de trabalho na implantação do Programa saúde da Família apontou que os estrangulamentos nestes processos têm a sua origem, igual aos achados desta pesquisa, na insuficiência de profissionais, além da falta de água, de material de consumo ou de quebra de equipamentos.

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

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

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

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

Da mesma forma, Junges et. al. (2009) reforçam também os achados desta pesquisa, quando asseveram que a deficiência na estrutura física dos serviços e a falta de recursos necessários para a realização do trabalho são problemas a serem enfrentados pelos profissionais e gestores das PSFs.

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Ainda sobre o mapeamento do perfil profissional dos servidores que militam nas estratégias saúde família, constatou-se também que a maioria possui um nível de escolaridade alto, sendo que cerca de 32% possuem o ensino médio completo e mais de 29% possuem o ensino superior completo, a remuneração, é considerada por 50% dos profissionais, baixa ou muito baixa, e 68,05% dos profissionais consideram que possuem um bom relacionamento com a sua equipe.

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

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

Este trabalho possibilitou, portanto, extrair algumas recomendações para a gestão pública municipal, dentre elas a) investir na contratação de profissionais, tanto para a composição da equipe mínima necessária para o pleno funcionamento da Estratégia Saúde da Família, quanto de médicos especialistas; b) oferecer cursos de capacitação/qualificação para seus profissionais e c) melhorias nas condições de trabalho, desde a infraestrutura, aquisição de equipamentos até a valorização dos profissionais. Outras recomendações aos gestores envolveriam 1) promover a participação da comunidade, 2) estabelecer vínculos de confiança com os usuários, 3) promover estilos de vida saudáveis, 4) valorizar a qualificação do profissional das ESF.

Por fim, ao longo do desenvolvimento deste estudo identificaram-se questões que permitiriam o desenvolvimento de outros estudos para ampliar o entendimento do fenômeno

estudado, nesse sentido, deveriam ser feitas pesquisas futuras que pudessem a) analisar práticas culturais e seu impacto na saúde da família nos municípios vizinhos, b) compreender o papel das ONGs na promoção da saúde da família em áreas carentes, c) avaliar a aplicação de tecnologias digitais e inovação na saúde da família, d) estudos sobre educação financeira e gestão de recursos na promoção da saúde da família, e) analisar o papel das bibliotecas públicas na promoção da educação em saúde para famílias.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.1, p. 319- 325. 2011.

BRASIL. **Lei 11.530**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm> Acesso em 15 jun. 2019.

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

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

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

CAMPOS, F. E. de; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**, v.5, n.9, ago. 2001.

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

COTTA, R. M. M. et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2018.

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

JUNGES, J. R. et al. Processos de trabalho no programa saúde da família: atravessamentos e

transversalidades. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, 2009, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.

KELL, M.C.G; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência**. Revista Latino-Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 1027-1034, nov - dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SANTOS, K. T. dos et al . **Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jun. 2019.

SOUSA, M. F.; HAMANM, E. M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1325-1335. 2009.

TATAGIBA, L. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil**. In: DAGNINO, Evelina (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra,

p. 47-103. 2002.

TOMASI, E. et al. **Perfil sócio demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.193-201. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 mai. 2019.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n.2, p. 443- 453. 2007.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2015.