

Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros

Family health in Mato Grosso State, Brazil: profile and assessment by physicians and nurses

Ana Maria Canesqui ¹

Maria Angélica dos Santos Spinelli ²

Abstract

This article addresses the profile and assessment of the Family Health Program by physicians and nurses regarding the following aspects: profile characteristics; degree of agreement with the program's proposals; and application of methods for planning and implementing primary care activities. This was an evaluative study with health professionals, and the conclusions highlighted the following: (1) the professional profile reinforcing feminization of the healthcare work force; prevalence of precarious work contracts and worker turnover; wage disparity between professional categories; and efforts at training to achieve the program profile; (2) alteration of the healthcare model by the program, favoring social control and epidemiological surveillance as well as healthcare promotion; and (3) a high degree of implementation of several basic healthcare activities, although implementation of educational and inter-sector activities and control of chronic and endemic diseases was more limited.

Family Health Program; Health Manpower; Evaluation

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, vinculado ao processo de descentralização da política de saúde, visando a inovar e reestruturar o modelo assistencial e o processo de trabalho dos profissionais de saúde; estimular a formação de equipes multiprofissionais e a sua adscrição a uma população; fortalecer os vínculos de responsabilidade e de confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade ¹. O PSF altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio, não se restringindo apenas às unidades de saúde, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais.

Estímulos financeiros da instância federal de governo, por meio do *Piso de Atenção Básica* (PAB), da *Norma Operacional Básica* (NOB) ² e da *Norma Operacional de Assistência à Saúde* (NOAS) ³, expandiram o PSF no âmbito nacional, bem como no Estado de Mato Grosso, Brasil, devido à prioridade conferida pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), na gestão governamental de 1998-2002. Apoios e incentivos dessa instância estadual de governo, como componentes da estratégia da política estadual de saúde de redução das desigualdades regionais, auxiliaram a implantação do programa nos vá-

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

Correspondência

A. M. Canesqui
Departamento de Medicina Preventiva e Social,
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Cidade Universitária
Zeferino Vaz, C. P. 6111,
Campinas, SP
13083-970, Brasil.
anacanesqui@uol.com.br

rios municípios, incluindo os mais pobres, carentes de infra-estrutura assistencial.

O PSF foi avaliado por pesquisa circunscrita a uma etapa bastante preliminar da implantação do programa e dos seus distintos modelos⁴, sendo avaliado também nos dez grandes centros urbanos, com mais de 100 mil habitantes⁵, para subsidiar e apoiar os gestores na sua consolidação e ampliação. O desempenho do programa foi analisado, através de indicadores selecionados e uso das informações oficiais registradas⁶, ao lado de seu monitoramento e acompanhamento, em períodos distintos^{7,8}.

Dentre as dimensões abordadas nesses estudos, estavam as relacionadas às equipes, ao seu trabalho e ações de atenção básica, convergindo conclusões sobre a heterogeneidade dos modelos de PSF nos municípios e a parcial implantação das ações previstas, juntamente com a insuficiente cobertura populacional, as deficiências de infra-estrutura, insumos e equipamentos e com o sistema de referência em níveis de maior complexidade da assistência médica e emergencial. Houve forte expansão do programa, com as alterações nas formas de financiamento para a atenção básica, aumento dos recursos de custeio para as ações preventivas, assistência farmacêutica, controle de endemias e das carências nutricionais, bem como maiores investimentos na capacitação dos profissionais^{9,10,11}.

A literatura sobre o PSF avaliou ações específicas, como as dirigidas às mulheres^{12,13,14}, com implantação parcial do aleitamento materno e da assistência anticoncepcional, e distorções na qualidade da atenção e na formação dos profissionais. O acompanhamento de gestantes e ao pré-natal foi incentivado financeiramente nos municípios em gerência plena da atenção básica¹⁵. No Estado do Ceará, Brasil, onde o programa está mais consolidado, Moura et al.¹⁶ identificaram o aumento da captação precoce das gestantes e cobertura das consultas de pré-natal na Regional de Saúde de Baturité.

Outras pesquisas qualitativas sobre o consenso e divergência das opiniões de médicos e enfermeiros mostraram que as discordâncias reforçam as características corporativas dos profissionais em relação ao programa¹⁷. Os auxiliares de enfermagem¹⁸, os agentes comunitários ou a equipe em sua totalidade¹⁹ avaliaram a qualidade da atenção, e a trajetória de cinco médicos de família mostrou os desafios da construção de uma nova prática²⁰.

Os estudos de implementação apontaram adaptações do PSF aos contextos locais, em face da disponibilidade dos recursos materiais, financeiros e humanos, das adesões ou resis-

tências dos atores, capacidades de gestão e institucionais dos municípios^{5,21,22}. Interferem nessas alterações fatores de natureza contextual e estrutural²³, que também afetam o funcionamento das instituições e o processo de implementação. Lembra-se com Senna & Cohen²⁴ que os modelos assistenciais não são apenas técnicos, mas construídos nas relações políticas entre os atores sociais, uma vez que a incorporação de suas demandas pelo poder público dá-se com graus diferenciados, e as propostas formuladas retraduzem-se nos contextos locais.

Estudos de implementação das políticas e programas sociais enfocam os meios institucionais, incluindo os atores, cujos comportamentos de adesão, resistência ou de aprendizagem facilitam ou impõem obstáculos ao alcance dos resultados dos programas sociais. Autores como Carlson²⁵ e Gross et al.²⁶ sugeriram que adotar inovações (esse é o caso do PSF) depende dos vários agentes, situados nas distintas instâncias burocráticas e decisórias, e dos técnicos encarregados de executar o programa. Conhecer e auferir os julgamentos avaliativos dos agentes implementadores do programa é fundamental, na medida em que eles expressam comportamentos de adesão ou de resistência, que afetam o processo mais geral de implementação do programa.

Este artigo apresenta parcela dos resultados de uma pesquisa mais ampla sobre a avaliação do processo de implementação do PSF em municípios do Estado de Mato Grosso^{21,27}. Abordar, sob o ponto de vista da pesquisa avaliativa, os julgamentos de médicos e enfermeiros do PSF implica não considerá-los como categorias ocupacionais em si, mas como partícipes e encarregados de operar as atividades básicas do programa. Eles são abordados na literatura ou por serem portadores de interesses e racionalidades próprios^{28,29} ou pelos seus julgamentos e comportamentos diante das inovações que podem afetar o processo de implementação e seus resultados, sendo essa última perspectiva a que fundamenta a concepção que se teve deles nesse estudo.

Delinear o perfil sócio-econômico, demográfico e ocupacional daqueles agentes é relevante para caracterizá-lo e para perguntar sobre o seu grau de adequação à execução do programa. Um outro estudo nacional sobre o perfil de médicos e enfermeiros, feito em 1999, em um momento ainda inicial da implantação do PSF³⁰, abordou apenas trinta e seis profissionais no Estado de Mato Grosso, sendo pertinente retomá-lo, uma vez que se expandiram as equipes. O perfil de formação dos profissio-

nais é especializado, refletindo o seu desencontro com a política de saúde³¹ e sua inadequação à atenção integral³².

Procedimentos e instrumentos utilizados

Esta pesquisa é avaliativa; oferece subsídios aos gestores e tem finalidade prática. Ela não afe-re os resultados ou os efeitos do programa sobre as condições de saúde e aborda um dos meios institucionais, essenciais à implementação do programa, isto é, os agentes implementadores, encarregados de operar as atividades da atenção básica previstas para as equipes.

Fez-se um *survey*, remetendo-se 564 formulários aos médicos e enfermeiros pertencentes às 282 equipes do PSF existentes nos municípios, no mês de janeiro de 2002. Os formulários, direcionados nominalmente aos profissionais, foram encaminhados pelo correio, acompanhados de uma carta sobre os propósitos e importância da pesquisa, com um apelo à colaboração voluntária, após autorização obtida da SES para realizar o trabalho. A devolução dos formulários foi feita em envelopes subscritos, remetidos pelos pesquisadores aos informantes. O apoio da SES foi fundamental na disponibilidade da infra-estrutura à pesquisa, na identificação e localização dos médicos e enfermeiros nos municípios, por intermédio de uma listagem e do acesso às regionais de saúde.

Retornaram 253 formulários preenchidos, isto é, 54,3% do total distribuído, embora tenham sido feitas sucessivas tentativas para reduzir o número das não-respostas; contudo, 82 profissionais não foram encontrados. Os formulários continham perguntas sobre o perfil dos profissionais e perguntas de natureza avaliativa sobre as finalidades do programa e o conjunto de atividades previstas para as equipes, segundo os documentos oficiais expedidos. Eram oferecidas alternativas aos respondentes para que emitissem os seus julgamentos em uma escala valorativa, apresentada em cada pergunta. Os resultados expressam as frequências das respostas obtidas.

Resultados

Perfil sócio-econômico, demográfico e ocupacional dos informantes

Dentre os respondentes, 47,8% eram médicos e 51%, enfermeiros. Demonstrou-se, em estudo nacional anterior³, a elevada disponibilidade

de médicos e enfermeiros nas equipes de Saúde da Família, das quais 94,1% contavam com médicos e 95,3%, com enfermeiros, ambas as categorias de profissionais participando equilibradamente nas equipes. Por outro lado, no Estado de Pernambuco, Brasil, predominaram os enfermeiros sobre os médicos³³, enquanto no Estado de Mato Grosso 96,6% das equipes contavam com médicos e 66,2%, com enfermeiros.

Predominou entre os profissionais pesquisados o gênero feminino (59%) sobre o masculino (39,9%), sendo a feminilização da força de trabalho em saúde recorrente, segundo estudos similares^{5,30,32,33,34}. Trata-se também de profissionais maduros, cuja mediana de idade encontrada foi de 36,0 anos, ao passo que, nos dez grandes centros urbanos⁵, predominaram os profissionais mais jovens, com idade abaixo de trinta anos. Eram casados 51,4% dos respondentes, e os solteiros somaram 25,7%. Os demais estavam em outros tipos de união.

Antes de ingressarem nas equipes do PSE, 47% dos informantes referiram proceder do próprio Estado de Mato Grosso; 11,4%, do Estado de São Paulo; 7,9%, do Rio Grande do Sul; 7%, do Paraná. Das regiões Norte e Nordeste procederam 5,2% e 1,6%, respectivamente; de outros Estados, 15,5%, 4,4% dos quais não prestaram informação.

A maioria dos profissionais (61,3%) obteve a graduação superior em instituições públicas e o restante nas instituições privadas; o tempo mediano de conclusão do curso somou 11,1 anos. Eles possuem experiência e relativa maturidade profissional, o que favorece o processo de implementação quanto à qualidade da mão-de-obra, mas esse fator é incapaz de garantir a adequação do seu perfil ao programa, uma vez que a formação tende a ser especializada e não generalista. A residência médica e os cursos de especialização foram concluídos por, respectivamente, 27% e 40% dos informantes; 31,2% concluíram cursos de atualização de curta duração. Apenas 1,6% obteve os graus de mestre e doutor.

O curso de especialização em Saúde Pública foi concluído por 18% dos profissionais, e o de Saúde da Família, por 14,8%, este último indicando esforços da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso na capacitação de profissionais para o programa. Outros cursos frequentados não se ligavam à atenção básica, tais como: medicina ou enfermagem do trabalho, apoio diagnóstico, clínica, terapia intensiva, medicinas alternativas, administração hospitalar e pedagogia. Gil³², ao estudar o perfil dos alunos de 16 cursos de especialização e de nove residências multiprofissionais, mostrou

que um terço deles havia freqüentado outros cursos de especialização e, mais raramente, a residência multiprofissional, recomendando a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Quanto às condições de trabalho, 90,5% dos profissionais vinculavam-se às prefeituras; no entanto, 65,2% possuíam vínculos precários, sendo este um dos fatores que dificultam a implementação do PSF, gerando insatisfação nos profissionais, que preferem o vínculo estável no trabalho. A vinculação precária do trabalho em saúde não é nova e vige desde a década de 1960, embora a terceirização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, tenha ocorrido pela necessidade de contratar os agentes comunitários e equipes para o PSF, de expandir e repor as redes assistenciais locais e pelas limitações da legislação relativa aos tetos de gastos de pagamento com pessoal, como a *Lei Complementar 96* de 31 de maio de 1999³⁵.

Os incentivos do governo estadual para contratação de médicos e enfermeiros para o PSF, em Mato Grosso, contribuíram para a sua absorção pelos municípios onde eles eram escassos ou ausentes. Campos et al.³⁴ apontaram ser a gerência terceirizada ou triangulada um instrumento jurídico muito contraditório em relação às atribuições, diferenças salariais, cargas horárias, benefícios e estabilidade de emprego, que atingem os integrantes das equipes de PSF, nos diferentes municípios brasileiros.

O rendimento bruto informado por 46,3% dos médicos ficou na faixa de 25 a 35 salários mínimos, enquanto o informado por 78,4% dos enfermeiros estava na faixa de 5 e 15 salários mínimos mensais, revelando uma diferença importante de renda das duas categorias profissionais. As remunerações dos médicos do PSF no Estado de Mato Grosso destacaram-se em relação às das demais regiões e, segundo outros estudos³⁶, 87,4% deles recebiam de R\$ 4.000,00 a R\$ 6.000,00. Algumas prefeituras também concediam benefícios (residência e transporte), recebidos por apenas 13% dos profissionais consultados.

A participação anterior em outras equipes do PSF foi confirmada por 32,8% dos profissionais, o que, de um lado, significa acúmulo de experiência com o programa; de outro, indica rotatividade, comprometendo a vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades. Dedicavam, exclusivamente, quarenta horas ao programa 56,5% dos profissionais, enquanto 41,9% deles tinham outra atividade. A flexibilidade da carga horária para atividades essenciais do serviço público foi regulamentada pela *Resolução CIB 041/1999*³⁷. Dentre os profissionais com duplo vínculo, 46,3% informaram

exercê-lo no setor privado. A exclusividade da jornada de quarenta horas no PSF é uma exigência do Ministério da Saúde, parcialmente cumprida também em outras regiões³⁰ e nos distintos municípios brasileiros, cujas contratações e jornadas de trabalho – das equipes de PSF – variam consideravelmente.

Graus de aprovação sobre as mudanças introduzidas pelo PSF no sistema de atenção

Apresentaram-se aos profissionais afirmações sobre os propósitos do PSF, extraídas dos documentos originais do programa¹ e da própria Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, que expressam intenções de introduzir um conjunto de mudanças (Tabela 1). O grau de *concordância integral* dos respondentes alcançou entre 70% e 76% das respostas, quando se referiu à alteração do modelo assistencial, ao fortalecimento da cidadania e do controle social, às vigilâncias ambiental e epidemiológica e às ações de promoção e recuperação da saúde. É provável que o grau de concordância com os propósitos expresse, de um lado, a adesão dos respondentes ao programa e, de outro, a influência da informação obtida por eles, em decorrência da divulgação dos propósitos do PSF, através do módulo introdutório do curso de capacitação, freqüentado anteriormente à coleta das informações.

Na avaliação das equipes do PSF no Estado do Piauí, Brasil, feita por Pedrosa & Teles¹⁷, médicos e enfermeiros percebiam o programa como voltado para a população excluída. As opiniões deles foram consensuais sobre a ausência de mudanças no modelo assistencial, dos padrões de cuidado e das relações de trabalho, que dependiam da organização do programa e do momento em que a proposta foi explicitada aos atores.

O grau de *concordância integral* caiu para a faixa de 60% a 69% das respostas em relação às afirmativas de que o PSF pode alterar o mercado de trabalho, a formação profissional, o processo de trabalho em saúde, bem como estimular a ação intersetorial. Por sua vez, o grau de *concordância parcial* com esses itens oscilaram de 24,3% a 34,4% das respostas, indicando provavelmente a menor adesão a essas finalidades do programa ou dificuldades de implementação nesses aspectos.

Em Curitiba, Paraná, Brasil, Ribeiro³⁸ identificou abordagens inovadoras no trabalho em saúde da família, maior compromisso social com as famílias e condutas mais humanizadas, ao estudar as representações dos profissionais das equipes de saúde da família sobre as mu-

Tabela 1

Graus de aprovação dos propósitos do Programa Saúde da Família (PSF), atribuídos por médicos e enfermeiros participantes do PSF. Mato Grosso, Brasil, 2002.

Propósitos do PSF	Total	Graus de aprovação							
		Integral		Parcial		Desaprova		Não sabe	
		n	%	n	%	n	%	n	%
O PSF favorece o maior acesso e resolubilidade dos problemas de saúde de populações selecionadas	247	142	57,5	103	41,7	1	0,4	1	0,4
O PSF oferece um conjunto de intervenções de natureza ambiental, de vigilância, epidemiológicas, médico-assistenciais, de promoção e proteção de saúde	247	173	70,0	72	29,2	1	0,4	1	0,4
O PSF altera o perfil e os processos de trabalho dos profissionais de saúde	247	153	61,9	85	34,4	7	2,9	2	0,8
O PSF pode ter efeitos sobre o mercado de trabalho e na formação dos profissionais	247	172	69,6	60	24,3	4	1,6	11	4,5
O PSF muda o modelo de atenção no município	248	190	76,6	52	21,0	4	1,6	2	0,8
O PSF pode favorecer a cidadania e o controle social	248	179	72,2	60	24,2	4	1,6	5	2,0
O PSF favorece as ações intersetoriais	248	171	69,0	70	28,2	-	-	7	2,8

danças ocorridas no processo de trabalho. Um pouco mais da metade dos entrevistados *concordou integralmente* que o PSF favorece o acesso e a resolutividade dos problemas de saúde, enquanto 41,7% *concordaram em parte* com essa afirmação, parecendo ser este outro aspecto frágil do programa, segundo os entrevistados. A alternativa *desaprovação* apresentou baixos índices de escolha, isto é, 2,9% dos profissionais.

Graus de utilização das atividades de planejamento e dos meios empregados pelas equipes

Para auferir os julgamentos sobre o uso, pelas equipes, das atividades e dos meios para discutir e planejar sua intervenção, foi apresentada aos respondentes a listagem de atividades previstas, segundo os documentos oficiais do programa. Solicitou-se aos informantes que assinalassem o grau de julgamento sobre o uso de cada uma delas. Assim sendo, com base nas frequências obtidas, agregaram-se os resultados nos seguintes intervalos: *grau ótimo*: 81%-100%; *grau bom*: 61%-80%; *grau regular*: 41%-60%; *grau baixo*: 21%-40%; grau muito baixo: inferior a 20%.

Portanto, somente as reuniões gerais de equipes estavam no *grau ótimo*, enquanto a atividade de elaboração das linhas de conduta, as reuniões de avaliação e de acompanhamen-

to do trabalho situaram-se no *grau bom*. O *grau regular* incluiu as reuniões para discussão dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cujo uso tem sido esporádico, segundo Freitas & Pinto³⁹ e outros estudos que avaliaram o programa.

O *baixo* emprego das reuniões para a análise dos indicadores de saúde e sócio-econômicos, das discussões dos casos clínicos e de seminários, das oficinas de planejamento e das reuniões intersetoriais entre os órgãos governamentais ou com setores da sociedade civil foi apontado, provavelmente pela falta de capacitação das equipes, merecendo a atenção dos gestores.

Sobre o relacionamento com a sociedade civil, um estudo qualitativo sobre o PSE, na cidade de São Paulo, mostrou a relação entre o trabalho da equipe e a participação da comunidade na construção do projeto assistencial, concluindo que a forte noção de equipe entre os trabalhadores contrasta com a não-inclusão dos usuários no planejamento das ações⁴⁰, dificultando a maior participação social e o envolvimento da população na resolução dos problemas.

Grau de utilização de algumas atividades previstas para as equipes do PSF

A avaliação sobre o grau de utilização das atividades previstas para as equipes, conforme os julgamentos dos agentes implementadores,

permitiu a classificação apresentada a seguir, obedecendo-se aos mesmos parâmetros aplicados às atividades anteriores:

O *grau ótimo* foi atribuído às atividades de territorialização, feitura do mapa da área de abrangência, cadastramento familiar e individual, acompanhamento das famílias pelos agentes comunitários de saúde, registros dos dados para os sistemas de informação. São essas atividades que aparecem dentre os requisitos a serem observados pelos municípios por ocasião de sua adesão ao programa, segundo as normas vigentes. O *grau bom* referiu-se às atividades de registro das informações e de prontuários individual e familiar e visitas domiciliares programadas e espontâneas. O *grau baixo* foi atribuído à participação em grupos e instituições locais, com vistas à resolução dos problemas, revelando a ausência de atividades participativas com a comunidade. O *grau muito baixo* referiu-se às internações domiciliares e ao acompanhamento das internações. Nenhuma atividade enquadrou-se no *grau regular*.

Grau de implantação das ações da atenção básica no PSF

A NOAS³ definiu como responsabilidade dos municípios as ações mínimas de atenção básica, tais como: saúde da criança e da mulher, controle de tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus e ações de saúde bucal. A Tabela 2 expõe os julgamentos dos entrevistados sobre os graus de implantação do conjunto de ações.

Destacam-se no *grau bom* de implantação, segundo julgamento de 90% e mais dos informantes, as seguintes ações: consultas médicas e imunizações dispensadas às crianças, consultas médicas aos adultos, ao pré-natal e aos idosos; consultas de enfermagem dirigidas aos idosos e ao pré-natal. Outros estudos^{6,8} apontaram o índice de 85,3% de equipes que realizaram consultas médicas e o menor índice de 54% das que efetuaram consultas de enfermagem, dispensadas às crianças; 65,2% delas aplicaram vacinas rotineiramente.

Segundo 80% a 90% dos respondentes, o *grau bom* incluiu também as consultas de enfermagem dispensadas às crianças e adolescentes, aos adultos, às mulheres e ao puerpério, avaliação do estado nutricional de crianças e os exames preventivos (Papanicolaou). Souza¹¹ mostrou, nos municípios brasileiros com mais de 50% da população coberta pelo PSF, o aumento de 2000% na realização de exames coloprocitológicos e de 42% no número de consultas médicas de pré-natal.

No *grau bom* de implantação, com respostas no intervalo de 70% a 79%, estavam as ações dirigidas às mulheres, como outros exames preventivos, suplementação nutricional e ações educativas, embora, neste último quesito, os dados nacionais do Ministério da Saúde¹⁰ sobre exames de Papanicolaou e uso de métodos anticoncepcionais tenham mostrado o seu emprego por 68% das equipes com baixos índices das que realizaram ações educativas. As oscilações das respostas no *grau bom* se deram no intervalo de 60% a 69% das respostas para a atenção à saúde mental, ao planejamento familiar, ao uso dos métodos contraceptivos e à suplementação alimentar a crianças.

Conclui-se, segundo os julgamentos dos agentes implementadores, a implantação, em menor escala, da atenção aos adolescentes, de todas as atividades de saúde mental, das ações preventivas dirigidas às mulheres e das ações educativas em geral, não sendo exclusiva das equipes mato-grossenses. Vale observar, segundo os dados da Tabela 2, que apenas duas atividades (planejamento familiar e saúde mental) ultrapassaram um pouco o limite máximo de 10% das respostas incluídas no *grau baixo* de implantação, enquanto, no *grau regular*, três atividades ultrapassaram o limite máximo de 20% das respostas: a de suplementação alimentar, a de orientação educativa e a de planejamento familiar, reiterando-se as maiores dificuldades na implantação dessas atividades, apesar de certa disparidade nos julgamentos dos agentes, que certamente expressam diferenças de organização do PSF nos diferentes municípios.

• Grau de implantação das atividades de controle da hipertensão e diabetes mellitus

Desde 2002, o governo federal lançou o *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*, sendo imprescindível que os municípios disponham dessas ações dentre as estratégias mínimas, para que se habilitem na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo o critério da NOAS³.

Os resultados dos julgamentos dos entrevistados sobre os graus de implantação das atividades de controle da hipertensão e diabetes estão expostos na Tabela 3, em que se destacam as consultas médicas para ambas as doenças, com os mais elevados percentuais de respostas no *grau bom* de implantação, ao lado de outras ações que lhes são dirigidas. Na avaliação do PSF, nos dez grandes centros urbanos, encontrou-se elevada proporção de domicílios com portadores de doenças crônicas (auto-referi-

Tabela 2

Graus de implantação das atividades da atenção básica, segundo opiniões de médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF). Mato Grosso, Brasil, 2002.

Conjunto de atividades de atenção básica	Total	Bom		Regular		Baixo	
		n	%	n	%	n	%
Atenção básica							
Atenção à criança							
Consulta médica	244	234	95,9	9	3,7	1	0,4
Consulta de enfermagem	243	215	88,4	23	9,5	5	2,1
Imunização	239	229	95,8	10	4,2	–	–
Avaliação de estado nutricional	247	214	86,7	28	11,3	5	2,0
Suplementação alimentar	232	154	66,4	59	25,4	19	8,2
Atenção ao adolescente							
Consulta médica	237	190	80,2	34	14,3	13	5,5
Consulta de enfermagem	229	169	73,8	43	18,8	17	7,4
Orientação educativa	233	151	64,8	59	25,3	23	9,9
Atenção ao adulto							
Consulta médica	245	238	97,2	5	2,0	2	0,8
Consulta de enfermagem	238	212	89,1	14	5,9	12	5,0
Atenção integral à saúde da mulher							
Planejamento familiar	230	140	60,8	62	27,0	28	12,2
Consulta médica	241	227	94,2	10	4,1	4	1,7
Consulta de enfermagem	229	205	89,5	17	7,4	7	3,1
Exames preventivos: Papanicolaou	230	202	87,9	21	9,1	7	3,0
Outros exames preventivos	142	104	73,2	25	17,6	13	9,2
Métodos contraceptivos	217	136	62,7	43	19,8	38	17,5
Orientação educativa	168	109	64,9	45	26,8	14	8,3
Pré-natal							
Consulta médica	233	225	96,6	5	2,1	3	1,3
Consulta de enfermagem	225	205	91,1	16	7,1	4	1,8
Suplementação nutricional	202	148	73,3	34	16,8	20	9,9
Assistência ao puerpério							
Consulta médica	232	200	86,2	20	8,6	12	5,2
Consulta de enfermagem	226	189	83,6	24	10,6	13	5,8
Ações educativas	232	173	74,5	44	19,0	15	6,5
Atenção ao idoso							
Consulta médica	242	233	96,3	7	2,9	2	0,8
Consulta de enfermagem	228	206	90,4	16	7,0	6	2,6
Saúde mental							
Consulta médica	220	149	67,7	40	18,2	31	14,1
Consulta de enfermagem	189	124	65,6	32	16,9	33	17,5

Tabela 3

Graus de implantação das atividades de controle de doenças crônicas, segundo opiniões de médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF). Mato Grosso, Brasil, 2002.

Doenças/Atividades	Total	Bom		Regular		Baixo		Não realiza		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão										
Busca ativa de casos	262	212	86,2	24	9,8	6	2,4	4	1,6	
Consulta médica	242	230	95,1	10	4,1	1	0,4	1	0,4	
Consulta de enfermagem	244	206	84,8	19	7,0	7	2,9	13	5,3	
Ações educativas	246	206	83,8	19	7,7	16	6,5	5	2,0	
Diabetes										
Busca ativa de casos	243	192	79,0	34	14,0	10	4,1	7	2,9	
Consulta médica	244	234	95,9	5	2,0	4	1,2	1	0,4	
Consulta de enfermagem	244	202	82,8	16	6,6	12	4,9	14	5,7	
Ações educativas	246	194	78,8	21	8,5	22	8,9	9	3,7	

das), o que reforça a necessidade do profissional generalista e a efetiva implantação do sistema de referência e contra-referência, que ainda requer aperfeiçoamento³⁶. Paiva et al.³⁶, estudando a atenção a hipertensos e diabéticos, em Francisco Morato, São Paulo, Brasil, concluíram que o PSF ampliou o acesso dos doentes aos serviços de saúde e aos procedimentos básicos das consultas, não obstante esse tipo de assistência ainda requerer melhoria de qualidade.

• Controle da hanseníase e tuberculose

As novas abordagens de vigilância em saúde pública no controle das endemias acrescentam às atividades tradicionais as diretrizes da promoção e proteção à saúde e preconizam a sua integração à rede básica. Assim, algumas atividades mereceram prioridade do PAB e foram incluídas nas ações mínimas previstas para as equipes do PSF.

A hanseníase possui um plano nacional para a sua eliminação para os municípios situados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com coeficientes que ultrapassam 15 casos por 10 mil habitantes. Trata-se de uma doença hiperendêmica no Estado de Mato Grosso e, por essa razão, a Secretaria de Estado da Saúde lançou o *Projeto Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase*⁴¹, prevendo a descentralização do controle dessa endemia para a rede básica, concedendo incentivos financeiros para melhoria das metas, detecção, cura, redução da prevalência e capacitação dos profissionais do PSF. Apesar desses esforços, como se verá na

Tabela 4, ainda é frágil a implantação dessas ações.

Atribuiu-se o *grau bom* de implementação (com respostas oscilando entre 80% e 100%) às seguintes atividades de controle da hanseníase: busca ativa dos casos, consultas médicas e notificação compulsória. Estavam nos *graus regular* e *baixo* as atividades de prevenção das incapacidades físicas, investigação dos contatos e ação educativa⁴ mostraram que apenas 50,2% das equipes do programa realizavam ações de diagnóstico e de controle da hanseníase, enquanto o conjunto de ações relacionadas ao tratamento alcançou somente 25,5% de realização e a dispensa de medicamento atingiu 23,4% da equipes.

Igualmente, o controle da tuberculose conta com plano nacional, desde 1998, que prevê estímulos financeiros específicos. O plano previu a busca ativa dos doentes e o tratamento supervisionado, com metas para alcançar 70% dos casos e uma taxa de cura de 85%⁵. O Estado, por sua vez, não conta com plano específico.

Cerca de 80% dos informantes atribuíram *grau bom* de implantação às atividades de controle da tuberculose: consulta médica, notificação compulsória e busca ativa dos faltosos. As atividades de terapia supervisionada, a investigação dos contatos e as ações educativas foram incluídas nesse grau por 70% a 79% dos respondentes. Canesqui & Oliveira⁶ mostraram que 40% das equipes do PSE, pesquisadas nacionalmente, não executavam as ações de tratamento no controle da tuberculose, dificultando o alcance da meta de cura da doença, proposta no plano nacional. Entretanto, esse e

Tabela 4

Graus de implantação das atividades de controle da hanseníase e tuberculose, segundo médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF). Mato Grosso, Brasil, 2002.

Endemias	Total	Bom		Regular		Baixa		Não realiza		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Hanseníase										
Busca ativa de casos	239	201	84,1	23	9,6	10	4,2	5	2,1	
Busca ativa de faltosos	233	196	84,1	25	10,7	8	3,4	4	1,7	
Consulta médica	234	198	84,6	21	9,0	9	3,8	6	2,6	
Consulta de enfermagem	235	186	79,1	21	8,9	14	6,0	14	0,6	
Prevenção de incapacidade	233	143	61,3	59	25,3	14	6,0	17	7,3	
Investigação de contatos dos pacientes	234	178	76,0	38	16,2	13	5,6	5	2,1	
Preenchimento de boletim de notificação compulsória	234	203	86,7	16	6,8	5	2,1	10	4,3	
Ações educativas	238	169	71,0	40	16,8	18	7,6	11	4,6	
Tuberculose										
Busca ativa de casos	220	170	77,2	27	12,3	11	5,0	12	5,5	
Busca ativa de faltosos	205	174	84,9	18	8,8	6	2,9	7	3,4	
Consulta médica	208	184	88,4	12	5,8	7	3,4	5	2,4	
Consulta de enfermagem	210	163	77,6	21	10,0	12	5,7	14	6,7	
Terapia supervisionada	208	160	76,9	25	12,0	13	6,3	10	4,8	
Investigação de contatos dos pacientes	207	160	77,3	31	15,0	10	4,8	6	2,9	
Ações educativas	221	156	70,6	36	16,3	18	8,1	11	5,0	
Preenchimento de boletim de notificação compulsória	212	178	83,9	15	7,1	4	1,9	15	7,1	

outros estudos reiteram a ampliação da oferta das ações de atenção básica^{11,16,41}, não descartando a necessidade de melhoria da qualidade da assistência ofertada.

Conclusão

Ao traçar o perfil dos profissionais, destacou-se o predomínio do sexo feminino, confirmando a tendência nacional de feminilização da força de trabalho na atenção médico-sanitária; a maior maturidade e experiência profissional acumulada; a significativa parcela de originários do Estado de Mato Grosso (quase 50%); os vínculos precários de trabalho; a frequência a cursos de capacitação em outras áreas, embora quase 15% tenham frequentado cursos de Saúde da Família, persistindo demandas para essa formação, apesar dos esforços nesse sentido para adaptar os profissionais aos requerimentos do programa. Há rotatividade dos respondentes, o que afeta a continuidade do trabalho das equipes. Os vínculos precários de trabalho interferem, segundo os julgamentos dos entrevistados, nas suas motivações e satisfação no

trabalho. Permanece o trabalho no setor privado, provavelmente dos médicos, acumulado com o PSF.

A renda bruta dos médicos e dos enfermeiros difere a favor dos primeiros, fato não específico a esse estudo. Em comparação com as demais regiões brasileiras, a remuneração dos médicos mato-grossenses é mais elevada, pois esses profissionais contam com estímulos para se fixarem nos municípios mais afastados da capital do Estado. Os profissionais alimentam expectativas de elevadas remunerações no programa e no setor público. Em algumas cidades de grande porte, a exemplo de Cuiabá, observaram-se resistências corporativas dos médicos para o ingresso no programa²⁰, o mesmo ocorrendo em outras localidades⁵.

Destacam-se os elevados graus de concordância dos agentes implementadores com os propósitos inovadores do PSF quanto à mudança do modelo assistencial, à introdução de ações de vigilância, de promoção à saúde e de fortalecimento da cidadania. A adesão dos profissionais é importante fonte de apoio à implementação do programa, o qual não atua como fator isolado na mudança do modelo assis-

cial. No decorrer do tempo, o grau de adesão altera-se, sendo provável que o elevado grau de concordância com os propósitos inovadores do programa expresse o acesso recente dos profissionais à informação sobre os propósitos do PSF, divulgados pelos mecanismos de capacitação, promovidos pela SES, que retraduz os propósitos do programa, segundo suas próprias diretrizes.

Foi elevado o grau de implantação das atividades iniciais do programa, e baixo o grau de uso dos indicadores do SIAB, de discussão de casos clínicos e do emprego das ações interseoriais. As ações de garantia do trabalho de equipe apresentaram-se nos graus ótimo e bom, revelando esforços positivos nesse sentido, sempre sob o ponto de vista dos agentes.

O elevado grau de implantação das consultas médicas não correspondeu ao de outras atividades, embora o programa contribua para ampliar o acesso aos serviços básicos. As dificuldades referem-se às ações educativas, de

promoção à saúde e a algumas ações preventivas, interseoriais e com a sociedade civil. Há dificuldades, ainda, no atendimento à saúde mental e do adolescente; na assistência nutricional de crianças e gestantes, bem como no controle da hanseníase e da tuberculose.

Apesar da implantação parcial das atividades investigadas, os julgamentos dos profissionais foram mais positivos que negativos. As dificuldades organizacionais, identificadas na análise qualitativa das dimensões institucionais do processo de implementação do programa, nos municípios de grande porte mato-grossenses ²¹, pesam negativamente sobre a implantação da atenção básica. Entre tais dificuldades, destacam-se as deficiências no funcionamento das unidades de saúde da família; a rotatividade e os vínculos precários de trabalho dos profissionais; o despreparo destes para as demandas por atenção básica e suas múltiplas atividades (assistenciais, educativas, preventivas, domiciliares e interseoriais).

Resumo

O artigo aborda o perfil sócio-demográfico e ocupacional do Programa Saúde da Família (PSF) do Estado de Mato Grosso, Brasil, apresentando os julgamentos avaliativos de médicos e enfermeiros das equipes sobre os seguintes aspectos: graus de concordância sobre os propósitos do programa; graus de uso de meios de planejamento e de implantação das ações de atenção básica. Trata-se de pesquisa avaliativa, que conduziu às seguintes conclusões: (1) o perfil dos profissionais confirma a tendência da feminilização da força de trabalho em saúde; prevalecem os contratos precários de trabalho e a rotatividade dos trabalhadores; os rendimentos são díspares entre as duas categorias profissionais; registraram-se esforços de capacitação para adequar o perfil de formação ao programa; (2) médicos e enfermeiros julgam que o programa alterou o modelo assistencial, favorecendo o controle social, a vigilância epidemiológica e a promoção à saúde; (3) eles julgam ser elevado o grau de implantação de várias ações de atenção básica previstas, e menor o das ações educativas, interseoriais e de controle das doenças crônicas e endêmicas.

Programa Saúde da Família; Recursos Humanos em Saúde; Avaliação

Colaboradores

O presente artigo é subproduto de pesquisa coordenada e executada conjuntamente por A. M. Canesqui e M. A. S. Spinelli, tendo ambas se responsabilizado pela concepção e redação de partes do artigo, bem como de sua revisão.

Agradecimentos

Agradecemos os apoios do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Fundação de Pesquisas do Estado de Mato Grosso ao projeto de origem deste artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Ministério da Saúde. Norma operativa básica (NOB 1-1996). Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
3. Brasil. Portaria MS/95 de 26/01/2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. Diário Oficial da União 2001; 26 jan.
4. Viana AL, Dal Poz M. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8 Suppl 2:11-48.
5. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Canesqui AM, Oliveira AMF. Saúde da família: modelos internacionais e a estratégia brasileira. In: Negri B, Viana AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 241-69.
7. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde 1999. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Política de Saúde. Pesquisa de monitoramento do funcionamento do PSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
9. Santos GE. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: Negri B, Vianna AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 391-410.
10. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas Públicas. Pesquisa de monitoramento do funcionamento e implantação do PSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 221-40.
12. Moura ERF, Holanda Jr. F, Rodrigues MSP. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 6:1791-9.
13. Dubeux LS, Freitas PG, Vidal SA, Santos DM. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do Município de Olinda, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4:399-404.
14. Campos CEA. Estratégia de avaliação contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Bras Matern Infant* 2005; 5 Suppl 1:563-9.
15. Carnot E. Delicadeza no parto: cidadania ou retórica? In: Negri B, Faria R, Vianna AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 299-312.
16. Moura ERF, Silva RM. Competência profissional na atenção à contracepção. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:795-801.
17. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:303-11.
18. Maeda ST, Ciosak SI. Inversión del recurso-tiempo en la monitorización de embarazadas de bajo riesgo por el equipo de salud de la familia. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13:188-94.
19. Fortuna CM. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13:262-8.
20. Meneses-e-Rocha AAR, Bonfim LA. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface Comum Saúde Educ* 2005; 9:303-16.
21. Canesqui AM, Spinelli MAS. Avaliação do processo de implementação do Programa de Saúde da Família em Municípios do Estado de Mato Grosso. Cuiabá: Fundação de Amparo à Pesquisa de Mato Grosso; 2004.
22. Teixeira CF. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:423-6.
23. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12.
24. Senna MCM, Coehn MM. Health care model and the family health strategy in the local level: analysis of an experience. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:523-35.
25. Carlson RO. A change process in public school. Eugene: University of Oregon; 1965.
26. Gross N, Gianquitta J, Bernstein M. Implementing organizational innovations. A sociological analysis of planned educational change. New York: Basic Books; 1971.
27. Spinelli MA, Canesqui AM. Avaliação do processo de implementação do Programa de Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso: perfil e opinião de médicos e enfermeiros. Cuiabá: Fundação de Amparo à Pesquisa do Mato Grosso; 2002.
28. Cohen E, Franco R. Evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1988. (Colección Estudios Políticos y Sociales).
29. Martinic S. Diseño y evaluación de proyectos sociales. Herramientas para el aprendizaje. México DF: Editorial Comexani-Cejuv; 1997.
30. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
31. Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões de saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. *Divulg Saúde Debate* 2000; 21:36-43.
32. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:490-8.
33. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana AL, organizadores. Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mer-

- cado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 221-56.
34. Campos FE, Cherchiglia ML, Girardi SN. Gestão, profissões de saúde e controle social. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Cadernos 11ª Conferência Nacional de Saúde).
 35. Pierantoni CR. Recursos humanos e gerência do SUS. In: Negri B, Faria R, Vianna AL, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 609-30.
 36. Paiva DP, Bersusa AAS, Escuder MM. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:377-85.
 37. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso. Cuiabá: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso; 2001.
 38. Ribeiro EM. A atenção primária e a saúde em Curitiba. O trabalho no Programa Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
 39. Freitas FP, Pinto CI. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do SIAB. Rev Latinoam Enfermagem 2005; 34:347-54.
 40. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:323-31.
 41. Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso. Projeto prioritário: tolerância zero Mato Grosso sem Hanseníase. Cuiabá: Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso; 2001.

Recebido em 14/Out/2005

Versão final reapresentada em 31/Mar/2006

Aprovado em 11/Abr/2006