

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



**DISSERTAÇÃO**

**PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA COMUNIDADE NOS  
MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUL E NORDESTE DO BRASIL**

**Alexandra da Rosa Martins**

**Pelotas, 2009**

**ALEXANDRA DA ROSA MARTINS**

**PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA COMUNIDADE NOS  
MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

**Orientadora: Denise Silva da Silveira**

**Co-orientadora: Marilu Correa Soares**

**Pelotas, 2009**

Catálogo na fonte:

Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

M386p Martins, Alexandra da Rosa.

Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do sul e nordeste do Brasil / Alexandra da Rosa Martins; Denise Silva da Silveira, orientadora ; Marilu Correa Soares, co-orientadora. – Pelotas, 2009.  
109f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas.

1. Serviços de saúde 2. Atenção básica a saúde 3. Prática profissional 4. Brasil-Região Sul 5. Brasil-Região Nordeste  
I. Silveira, Denise Silva da, orient. II. Soares, Marilu Correa, co-orient. III. Título.

CDD: 361.981

## **Folha de aprovação**

Autora: Alexandra da Rosa Martins

Título: Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do sul e nordeste do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

---

Dr<sup>a</sup> Denise Silva da Silveira (Presidente)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Ana Maria Borges Teixeira (Titular)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Vanda Maria da Rosa Jardim (Titular)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Luciane Prado Kantorski  
(1<sup>a</sup> Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Juvenal Soares Dias da Costa  
(2<sup>a</sup> Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

## **Agradecimentos**

Aos meus filhos Caroline, Theo e Marina, por entenderem os muitos momentos de ausência durante o período da realização do Mestrado.

Ao meu marido Edson por acreditar em minhas potencialidades, a compreensão e apoio constante.

Aos meus pais, Carlos Roberto e Helena, pela formação que me deram, o exemplo e presenças constantes de incentivo em mais uma conquista na trajetória profissional.

A minha orientadora Denise por sua paciência, carinho, dedicação e ter feito deste aprendizado uma ponte para aumentar o meu conhecimento.

Ao Siqueira (Caco) por suas grandes contribuições no estudo e por sua resignação durante as tardes de sábado.

A minha co-orientadora Marilu pelo incentivo e palavras de otimismo durante a construção deste trabalho.

As colegas de Mestrado, as experiências compartilhadas e o convívio durante esta caminhada.

Aos meus colegas da UBS Simões Lopes, em especial a Dra. Maria Fernanda pelo apoio durante minha ausência no serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, pelo investimento em minha qualificação profissional, através da liberação do serviço para o cumprimento da carga horária do Mestrado.

## Resumo

MARTINS, Alexandra. **Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do sul e nordeste do Brasil**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, que visam à promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. O objetivo do estudo foi verificar a prevalência de participação dos trabalhadores da ABS em práticas de saúde na comunidade. Em 2005 foi realizado um estudo transversal com 3.743 trabalhadores de 240 Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos modelos de atenção Tradicional e PSF, em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil. A prevalência de participação dos trabalhadores em atividades na comunidade foi de 62,7% , sendo 57,7% no Sul e 65,9% no Nordeste. Em relação ao modelo, a prevalência foi de 35,0% nas UBS Tradicionais e de 65,0% no PSF. As variáveis associadas com maior participação em ações na comunidade foram sexo, idade, escolaridade, vinculação a plano de carreira, outro emprego além do atual na UBS, capacitação no manejo de doenças crônicas, utilização de protocolos, satisfação com reuniões comunitárias e vinculação da UBS com o ensino. Na estratificação de acordo com as regiões e o modelo de atenção, identificaram-se diferentes associações. Os resultados mostram que na região Nordeste e no PSF houve maior participação em atividades fora da UBS reafirmando as expectativas do contexto histórico da reorganização da ABS no Sistema Único de Saúde que foi impulsionada tanto pela experiência positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde quanto pela necessidade de ampliar o acesso ao sistema para populações excluídas no Nordeste. Mesmo assim é necessário ampliar a participação dos trabalhadores junto à comunidade independente do modelo de atenção, considerando que a ABS é o nível de atenção que possibilita a construção de práticas fundamentadas no contexto de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** Sistema de Saúde, Atenção Básica à Saúde, Serviços de Saúde, Prática Profissional.

## **Abstract**

Primary Health Care or Health Basic Attention in Brazil (ABS) is characterized by a set of individual and collective actions carried through for multiprofessional teams that aimed at to the promotion and protection to the health, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and the maintenance of the health. This study aims to determine prevalence of ABS workers participation in community health practices. In 2005 a cross-sectional study was carried out comprising 3,743 workers of 240 Basic Health Units (BHU) and the study was about Family Health Program (PSF) and Traditional assistance models in 41 municipalities with more than hundred thousand inhabitants from South and Northeast, Brazil. The prevalence of workers participation in community activities was 62.7% (95% CI 61.1 to 64.3) and 57.7% in South and 65.9% in Northeast. Related to the assistance model, the prevalence was 35.0% in Traditional UBS and 65.0% in PSF. Variables associated with greater participation in the community activities were sex, age, education, linking the career plan, other job than the current one at UBS, training in the management of chronic diseases, use of protocols, satisfaction with community meetings and linking of education with UBS. When stratifying according to the areas and the model of health assistance, several associations were identified. The results show that in Northeast and Family Health Program there was higher participation in activities outside of UBS, reaffirming the expectations of the historical context of the reorganization on the ABS in the Public Health System, that was stimulated as much for the positive experience of the Program of the Communitarian Agents on the health how much for the necessity to extend the access to the system for excluded population in northeast region. Even so it was observed that there is a need to expand the workers participation in community regardless of assistance model, considering that ABS is the level of care that makes possible the construction of practices based on the context of the life people.

**Key words:** Health System, Primary Health Care, Health Services, Professional Practices.

## **Lista de figuras**

- Figura 1** Trajeto por municípios do RS e SC no Trabalho de Campo. Pg 38  
Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.
- Figura 2** Trajeto por Municípios dos Estados de AL, PB, PE, PI, e RN no Pg 40  
Trabalho de campo. Estudo de Linha de Base. PROESF –  
UFPel, Lote 2 NE, 2005.
- Figura 3** Modelo de análise para o estudo da participação dos Pg 44  
trabalhadores das UBS dos estados do Sul e Nordeste em  
práticas de saúde na comunidade.



### **Lista de abreviaturas e siglas**

ABS	Atenção Básica à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SRQ	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

1	Introdução .....	11
1.1	Delimitação do problema de pesquisa .....	13
1.2	Justificativa .....	15
2	Referencial teórico.....	17
2.1	Modelos de atenção.....	17
2.2	Práticas dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica.....	18
2.3	Estratégias de busca bibliográfica. ....	22
3	Objetivos .....	28
3.1	Objetivo Geral .....	28
3.2	Objetivos Específicos.....	28
3.3	Hipóteses .....	29
4	Metodologia.....	30
4.1	Delineamento.....	30
4.2	População alvo .....	30
4.3	Critérios de inclusão .....	30
4.4	Critérios de exclusão .....	30
4.5	Amostragem.....	31
4.6	Cálculo do tamanho de amostra .....	32
4.7	Quadros de variáveis a serem utilizadas no estudo.....	33
4.6	Definição do desfecho .....	35
4.7	Instrumento de coleta de dados .....	35
4.8	Seleção de supervisores do estudo.....	35
4.8.1	Capacitação e seleção dos supervisores .....	36
4.9	Logística .....	36
4.10	Estudo piloto.....	41
4.11	Controle de qualidade .....	41
5	Processamento e análise dos dados.....	42
5.1	Processamento de dados.....	42
5.2	Análise de dados .....	42
6	Aspectos éticos .....	45

7 Cronograma .....	46
7.1 Projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação de saúde na totalidade dos municípios de mais de 100.000 habitantes dos Lotes 2 das regiões Sul e Nordeste (ELB PROESF – UFPel).....	46
7.2 Projeto Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica no Sul e Nordeste do Brasil.....	47
8 Divulgação dos resultados.....	48
9 Financiamento .....	49
10 Referências.....	50
11 Relatório do trabalho de campo .....	54
12 Artigo da dissertação .....	57
14 Considerações finais .....	89
15 Anexos .....	91
Anexo 1 - Questionário para coleta de dados dos trabalhadores de saúde.....	92
Anexo 2 - Carta de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas...	108
Anexo 3 - Carta de autorização do coordenador da pesquisa .....	109

## 1 Introdução

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, que visam à promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (STARFIELD, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a ABS organizava-se a partir de serviços norteados pelos princípios do modelo hegemônico vigente, que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas freqüentemente clientelistas e de conteúdo curativo. A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003).

O PSF surgiu para estruturar a ABS nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe a reorganização das práticas a partir do conhecimento das reais necessidades de saúde da comunidade sob sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; PEDROSA & TELES, 2001; PAIM, 2003; CANESQUI & SPINELLI, 2006; OPAS & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). A estruturação serviços a partir das necessidades da população implica na implementação de abordagens que viabilizem a compreensão de como os problemas de saúde se manifestam na comunidade (SARFIELD, 2007). Nesta perspectiva a atuação dos profissionais não deve restringir-se apenas à Unidade Básica de Saúde (UBS). É necessário que ocorra também nos domicílios e demais espaços comunitários, permitindo aos trabalhadores de saúde maior contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade, de forma a contribuir para as ações de saúde efetivas e adaptadas às desigualdades dos grupos sociais e diferentes demandas em saúde (CANESQUI & SPINELLI, 2006; CARNEIRO JUNIOR, 2006).

Contudo, apenas a implantação do PSF não garante a mudança do modelo assistencial proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a efetividade das ações de saúde. É necessário que ocorram também alterações dos processos de trabalho, de gestão, de formação e qualificação dos profissionais que atuam nas UBS (OPAS & OMS, 2001; COTTA, 2006; REIS et al., 2007).

Desta forma, este estudo propõe verificar se os trabalhadores de saúde da ABS nas regiões Sul e Nordeste do Brasil realizam práticas de saúde fora do ambiente da UBS, ou seja, em espaços sociais junto à comunidade. Descreve também os tipos de práticas explorando as associações com características sociodemográficas, de saúde e ocupacionais dos trabalhadores e do serviço de saúde.

A presente pesquisa é um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde (ELB PROESF-UFPEL), sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, que integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; FACCHINI et al, 2008). Tal projeto foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, incluídos nos Lotes 2 Nordeste e Sul.

O ELB PROESF-UFPEL incluiu quatro dimensões orientadoras da avaliação da ABS: político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Todos os municípios estudados estão recebendo apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) . Detalhes do projeto ELB PROESF-UFPEL estão disponíveis no relatório final (FACCHINI et al., 2006a) na página da internet, <http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

## 1.1 Delimitação do problema de pesquisa

O presente estudo tem como problema de pesquisa: Quais as práticas de saúde realizadas na comunidade por trabalhadores da atenção básica e sua prevalência em sete estados do Sul e Nordeste do Brasil?

### 1.1.1 Definição de Termos

Para melhor compreensão do texto apresentamos à seguir a definição dos termos utilizados ao longo deste projeto:

Unidades Básicas de Saúde - locais destinados à promoção, proteção ou recuperação da saúde, que integram o primeiro nível hierárquico de atenção do sistema. Fazem parte do meio social, onde vivem as pessoas, sendo, portanto, um dos elementos que podem alterar a frequência e distribuição dos agravos de saúde e melhorar a qualidade de vida, observando-se a complexidade de razões que fazem com que um serviço esteja disponível para a população, e seja utilizado por ela e que, deste contato, resulte algo positivo para a saúde (PEREIRA, 1995).

Unidade Saúde da família: unidade básica de saúde onde o modelo assistencial proposto é a Estratégia Saúde da família, com equipe mínima formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Pode ainda ser composta também por equipe de saúde bucal contando com cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dentária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Unidade de Saúde Tradicional: unidade básica de saúde, sem definição de uma equipe mínima, com oferta de atendimento de especialidades médicas básicas e atendimento a demanda espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Trabalhadores de Saúde: são todos aqueles que se insiram direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MACHADO, 2008).

Profissionais de Saúde: são aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, tem formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou a ações de saúde (MACHADO, 2008).

Práticas de saúde: é o conjunto de atribuições, tarefas e atividades de cada área profissional (PEDUZZI, 2001).

Práticas de saúde na comunidade: são atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, ou seja, fora da estrutura física do serviço, não incluindo visitas domiciliares para cuidado clínico de doença ou visita mensal periódica do Agente Comunitário de Saúde às famílias.

Trabalho precário: é aquele realizado com a característica de ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados na lei e a ausência de concurso ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

## 1.2 Justificativa

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é entendida como a porta de entrada no sistema de saúde e tem como princípios norteadores garantir o acesso universal e equânime da população, assim como o atendimento integral e descentralizado. O desenvolvimento da ABS requer o trabalho de equipe multiprofissional, com habilidades e conhecimento técnico capazes de identificar e resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território sob sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; FACCHINI et al., 2006b).

O atendimento integral e equânime à saúde dos indivíduos considera que o conhecimento de fatores biológicos, econômicos, políticos e ambientais, interferem na forma de se produzir saúde, impondo aos trabalhadores e aos serviços abordagens mais amplas e complexas do que as centradas no cuidado curativo (MELO et al., 2008). As práticas profissionais devem, portanto, estimular a mudança de atitudes e comportamentos do indivíduo e da comunidade assistida a partir das características de cada grupo social, assim como suas culturas (OPAS & OMS, 2001; STARFIELD, 2002; DEL CIAMPO et al., 2006; GIL, 2006; OPAS & MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A proposta de olhar para a saúde da população assegurando-se tanto a integralidade quanto a equidade exige que a atuação dos trabalhadores da ABS não se restrinja apenas às atividades realizadas na UBS. Novos formatos na produção de ações de saúde indicam que as práticas profissionais devem ocorrer também nos domicílios e demais espaços comunitários. Somente a partir contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade é possível não apenas organizar ações mais flexíveis e adaptadas às particularidades dos grupos sociais como também enfrentar a incorporação das heterogeneidades, das desigualdades sociais e diferentes necessidades de saúde (MATTOS, 2001; CANESQUI & SPINELLI, 2006; CARNEIRO JUNIOR, 2006).

A interação da equipe de saúde com o público-alvo, promovendo o entendimento do processo saúde-doença, desencadeia ações efetivas em saúde baseadas na observação, acolhimento, escuta, diálogo, vínculo, e favorece a autonomização do cuidado (GIL, 2006; REIS et al., 2007).



Nos últimos anos, em adaptação a proposta de construção do SUS, evidencia-se transformações nas práticas profissionais (NASCIMENTO & NASCIMENTO, 2005; GIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família vem como estratégia para reorganizar a Atenção Básica no SUS e reorientar as práticas de Saúde, de forma a adequar as ações e serviços à realidade da população, levando em conta as características sociais, epidemiológicas e sanitárias de cada território delimitado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). A atuação dos trabalhadores não deve se restringir ao espaço interno da UBS, também deverá ocorrer nos domicílios e demais espaços comunitários como potencialidade para o alcance do cuidado integral aos indivíduos (CANESQUI & SPINELLI, 2006; CARNEIRO JUNIOR, 2006)

Estudos que avaliaram o grau de utilização das atividades previstas para as equipes de ESF, encontraram baixa participação das equipes em grupos e instituições locais com vistas à resolução dos problemas, evidenciando escassez de atividades participativas com a comunidade (CANESQUI & SPINELLI, 2006). Com relação às práticas dos profissionais de saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), o estudo de Ermel e Fracolli mostrou o quanto ainda é reiterada a lógica do atendimento clínico, individual e curativo (ERMEL & FRACOLLI, 2006). Ficou evidente a reduzida atuação destes trabalhadores frente aos problemas e reais necessidades de saúde da comunidade. Na perspectiva dos participantes da pesquisa é necessário estimular o envolvimento com a comunidade.

O interesse em estudar a inserção dos trabalhadores da atenção básica em atividades de saúde na comunidade é justificado pela escassez de estudos quantitativos sobre o tema, pela contribuição para capacitação profissional, e pela sua relevância enquanto prática social capaz de intervir diretamente sobre os determinantes do processo saúde-doença do indivíduo e coletividade.

## **2 Referencial teórico**

Nos últimos 30 anos no Brasil, ocorreram mobilizações visando a reformulação dos serviços de saúde e a criação de um novo sistema, o SUS, centralmente fundado na democratização, descentralização, modernização da gestão e reformulação dos modelos de atenção a saúde, que deveriam garantir o acesso, acolhimento, aumento da capacidade resolutiva, aumentando a autonomia do usuário (CAMPOS, 1997; GIL, 2006).

A regulamentação do SUS, através das Leis 8080/90 e 8142/90, estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a universalidade, integralidade da atenção e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990b). No entanto, para a maioria dos municípios brasileiros a estruturação da rede de serviços básicos em saúde ainda representa um grande desafio.

### **2.1 Modelos de atenção**

Os modelos de atenção consistem em uma construção histórica, política e social organizada de forma a atender aos interesses de grupos sociais. Essa organização é de responsabilidade do Estado, sociedade civil, instituições de saúde e trabalhadores atuantes nos serviços de saúde (LUCENA et al., 2006). Segundo Paim (2003) podem ser ainda definidos como uma maneira de associar técnicas e tecnologias para a organização dos serviços de saúde com o intuito de solucionar problemas e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas de uma dada população.

No Brasil, dois modelos de atenção à saúde coexistem de forma contraditória ou complementar. No modelo médico-assistencial privatista, o indivíduo doente procura os serviços de saúde por livre iniciativa (demanda espontânea). Esse modelo não é exclusivo do setor privado e é predominantemente curativo. Atende aqueles que buscam por assistência médica em hospitais, centros de saúde, clínicas, ambulatorios e outros serviços, porém, não dá conta de responder as necessidades de saúde da população. Por sua vez, o modelo assistencial sanitarista está organizado através de campanhas sanitárias e programas de saúde pública,

onde as instituições públicas atendem necessidades de saúde específicas da população (PAIM, 2003; LUCENA et al., 2006).

Diante da necessidade de mudanças nesta lógica de atenção vêm sendo pensadas e vivenciadas propostas alternativas que consideram as necessidades de saúde da população. Dentre elas podemos citar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) (PAIM, 2003; LUCENA, et al., 2006; ABRAHÃO, 2007).

O PSF tem como meta a prevenção das doenças, a promoção, a recuperação e a manutenção da saúde, promovendo atividades em território definido e propiciando tanto o enfrentamento quanto a resolução dos problemas identificados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; PEDROSA & TELES, 2001; PAIM, 2003; CANESQUI & SPINELLI, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; OPAS & MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006). O eixo estruturante do PSF é a modificação do modelo de atenção à saúde, da assistência individual para o coletivo, o que exige maior dedicação da equipe à clientela, pois o trabalho não deverá ficar restrito a UBS. A atuação dos profissionais deve ocorrer também nos domicílios e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), se diferenciando, portanto, do trabalho fragmentado observado nas unidades de saúde tradicionais. (CANESQUI & SPINELLI, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006a). Em 2006 o PSF deixa de ser um programa tornando-se uma estratégia.

Contudo, apenas a implantação do PSF não garante o alcance da mudança do modelo assistencial proposta pelo SUS. É necessário que ocorram alterações dos processos de trabalho, de gestão, de formação e qualificação dos profissionais que atuam nas UBS (OPAS & OMS, 2001; COTTA et al., 2006; REIS et al., 2007). Entretanto, a compreensão e avaliação deste processo devem considerar as imensas desigualdades sociais, regionais e intra-regionais da realidade brasileira (TEIXEIRA, 2002; BODSTEIN, 2002).

## **2.2 Práticas dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica**

Falar em práticas de saúde realizadas por trabalhadores na ABS nos remete a necessidade de conceituar processo de trabalho que é entendido como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos profissionais que se organizam para produzirem serviços de forma a dar assistência individual e coletiva,

visando obter resultados originados de sua prática (PEDUZZI, 2001; NASCIMENTO E NASCIMENTO, 2005).

Para qualificar a atenção à saúde é essencial que os processos de trabalho sejam organizados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde da comunidade e que incorporem ações de promoção e vigilância no seu cotidiano. De acordo com a normatização sanitária, são atribuições das equipes de ABS a definição do território de atuação; a programação e implementação das atividades, priorizando a resolução dos problemas de saúde mais freqüentes; o desenvolvimento de ações educativas de intervenção sobre o processo saúde-doença e ampliação do controle social na defesa da qualidade de vida; o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e / ou ambientais; a assistência básica integral e contínua à população adscrita; a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização; a realização do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; a participação das equipes no planejamento e avaliação das ações; o desenvolvimento de ações intersetoriais; e, o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Especificamente, quanto ao PSF, compete às suas equipes a manutenção do cadastramento atualizado das famílias e indivíduos e utilizar os dados para análise da situação de saúde; definir com precisão seu território de atuação; programar e implementar atividades segundo critérios de risco à saúde, promover a prática do cuidado familiar ampliado através do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias; propiciar o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; desenvolver ações intersetoriais; valorizar diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva; estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e, acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas.

As atividades inerentes às práticas em ABS pressupõem a coordenação do cuidado aos indivíduos, família e comunidade; a integração de ações programáticas e demanda espontânea; a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção à saúde; o trabalho interdisciplinar e em equipes; a integração da rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário a coordenação do acesso a esta rede

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Portanto, a estrutura do trabalho na lógica da ABS, e mais diretamente no PSF, gera a necessidade da incorporação de novas práticas e exige o desenvolvimento de processos que estreitem a relação entre a comunidade e os profissionais de saúde (BODSTEIN, 2002; ERMEL & FRACOLLI, 2006; CONNIL, 2007).

Neste contexto, as práticas exercidas fora da UBS representam uma forma de atuação que propicia ao profissional de saúde o contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividade, ao mesmo tempo em que permite maior compreensão dos processos de saúde doença e suas formas de cuidado (CARNEIRO JR et al., 2006; REIS et al., 2007). A participação da equipe de saúde em atividades culturais também pode contribuir na reorganização dos modos de vida das famílias, provocando impacto positivo no processo de saúde e doença da comunidade.

Os trabalhadores da ABS constituem um enorme contingente da força de trabalho, são à base do sistema de saúde e seu processo de trabalho é muito peculiar (TOMAZI et al., 2007). Assim, a prática de cada trabalhador é parte de um processo coletivo que visa a produção de ações de saúde pautadas por um saber específico. É composta por ações contínuas e articuladas de toda a equipe na construção de objetos comuns de trabalho no setor saúde (NASCIMENTO & NASCIMENTO, 2005).

Nessa linha de pensamento destaca-se a importância de formação e educação dos profissionais de saúde na abordagem dos determinantes do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família. Na atualidade, a formação ainda centrada na doença se reflete na atuação profissional, fazendo com que esta, na maioria das vezes, se restrinja aos consultórios. Observa-se a desvalorização ou até mesmo a inexistência de proposta de ação de saúde coletiva no interior da comunidade (CARNEIRO JUNIOR, 2006; CANESQUI & SPINELLI, 2006; COTTA et al., 2006; OLIVEIRA & MARCONI, 2007).

Gil (2005) comenta que o perfil dos profissionais formados não é adequado para uma atuação na perspectiva da atenção básica e de práticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Através de seu estudo CANESQUI & SPINELLI (2006) encontraram que apenas 18% dos profissionais das equipes de PSF possuíam especialização em saúde pública e 15% eram especializados em saúde da família. Em relação aos realização de cursos de capacitação em saúde Cotta et

al. (2006) constataram que tanto os médicos quanto os enfermeiros das equipes de PSF não receberam nenhum tipo de capacitação.

Portanto, evidencia-se a necessidade de mudanças na formação e capacitação dos recursos humanos para o alcance de assistência de qualidade nos diversos segmentos coletivos. Destaca-se a importância de preparar os trabalhadores de saúde para a utilização de instrumentos de educação popular e para o desenvolvimento do vínculo, escuta responsabilização e autonomização como ferramentas para o sucesso do atendimento às necessidades da população (SHIMIZU, et al., 2004; COTTA, et al., 2006; REIS et al., 2007).

As práticas de saúde dos trabalhadores também podem ser influenciadas por características sociodemográficas dos profissionais e do seu vínculo empregatício. Diversos estudos evidenciaram que o perfil dos trabalhadores da ABS é predominantemente feminino e jovem (MACHADO, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; GIL, 2005; CANESQUI & SPINELLI, 2006; COTTA et al, 2006; ERMEL & FRACOLLI, 2006; ESCOREL et al, 2007). Por outro lado, contratos informais de trabalho podem favorecer maior rotatividade profissional, o que acaba dificultado a formação de vínculos e conseqüente desenvolvimento de práticas profissionais voltadas para a família e comunidade (MACHADO, 2000; GIL, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COTTA et al., 2006; REIS et al., 2007).

### **2.3 Estratégias de busca bibliográfica**

A revisão da literatura foi realizada objetivando encontrar trabalhos científicos sobre Atenção Básica à Saúde e práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade.

As estratégias de busca utilizadas foram consulta em bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos nacionais não-indexados e leitura de dissertações e teses não disponibilizadas através da Internet. Procedeu-se ainda a busca específica por títulos e autores a partir da lista de referências dos periódicos selecionados.

Foram rastreados estudos onde a prática dos trabalhadores da ABS foi a variável de interesse realizados entre 1998 e 2008 no Brasil ou exterior. As bases de dados empregadas para rastreamento dos artigos foram BIREME, portal de revistas on-line Scielo, Pubmed / Medline e Lilacs, utilizando-se a combinação dos descritores “Atenção Primária à Saúde e / ou Atenção Básica à Saúde”, “Programa de Saúde da Família” “Práticas de saúde”, “Prática profissional”, “Cuidados de saúde”, “Profissionais de Saúde”, “Trabalhadores de saúde”, “Primary Health Care”, “health professionals”, “health workers” e “professionals practices”.

Incluíram-se estudos epidemiológicos em humanos, publicados em inglês, português ou espanhol. Todos os resumos de artigos contendo as palavras chave foram lidos, inclusive os identificados das listas de referências.

Durante o processo de busca e após exclusão de duplicatas foram identificados 498 resumos para leitura. Ao final da etapa de leitura 46 artigos foram considerados relevantes à temática do projeto.

A sistematização dos estudos nacionais envolvendo a investigação das práticas dos trabalhadores da ABS na comunidade está apresentada no Quadro 1 a seguir.

**Quadro 1. Estudos epidemiológicos de abrangência nacional relevantes para o estudo das práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil.**

<b>Estudo / Revista / Ano</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Pedrosa JIS; Teles JBM / Rev Saúde Pública; 2001.	Grupo focal	Quatro grupos focais com 11 agentes comunitários de saúde masculinos, 11 femininos, 10 médicos e 10 enfermeiras do PSF de Teresina.	A ação carro-chefe da relação entre equipe e comunidade é a busca de consulta médica e medicamento. Para médicos e enfermeiras a participação em ações na comunidade dependia de solicitação de organizações locais. Atividades de gerencia das UBS representam acúmulo de trabalho para médicos e enfermeiros das equipes. As enfermeiras consideram-se as maiores responsáveis pelo vínculo com a comunidade e pela maior parte dos trabalhos administrativos.
Bodstein R / Ciência e Saúde Coletiva; 2002.	Debate	Discussão sobre a política de reorganização da ABS.	A estruturação da rede básica é um enorme desafio. Há necessidade de adequação das políticas públicas aos contextos e realidades sociais. O PSF favorece a vinculação com a comunidade: a equipe é quem identifica as necessidades e organiza a demanda da população. Formação e capacitação técnica são fundamentais para o melhor desempenho das políticas sociais, assim como o pagamento de salários e condições de trabalho atrativas.
Shimizu HE; Dytz JLG; Moura AS / Rev Latino-am Enfermagem; 2004.	Grupo focal	34 auxiliares de enfermagem do PSF do Distrito Federal.	Faixa etária dos participantes: metade tinha de 31 a 50 anos. Participação em curso de capacitação nos últimos 3 anos (58,3%). Atividades desenvolvidas de caráter individual: atendimento a demanda espontânea (modelo clínico de atenção). Atividades de caráter coletivo: realização de cadastramento das famílias; visita domiciliar; atividades com grupos, incluindo caminhadas. Os profissionais são despreparados para atuar com grupos por não ter recebido a instrumentalização necessária durante sua formação e ao ingressar no PSF.



Estudo / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
Crevelim MA; Peduzzi M / Ciência e Saúde Coletiva; 2005.	Análise documental e entrevista semi-estruturada.	Documentos oficiais da Secretaria de Saúde do município de São Paulo sobre PSF, participação da comunidade e ou controle social. Foram entrevistados 10 trabalhadores (equipe de PSF e o gerente da UBS) e 4 conselheiros de saúde.	Os documentos oficiais preconizam a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia para conquista da qualidade de vida e cidadania. Mesmo com a participação da população, o usuário está ausente do planejamento e da tomada de decisões. Os trabalhadores destacam o trabalho em equipe para operacionalizar a saúde da família, mas não incluem os usuários na dinâmica do grupo de trabalho e no planejamento das ações. Os trabalhadores consideram a realização de grupos educativos, passeios, caminhadas, teatro na escola e oficinas de trabalhos manuais atividades da equipe de PSF que podem contribuir para a participação da comunidade. Reconhecem a visita domiciliar como espaços importantes de sensibilização e mobilização da comunidade para a participação e controle social. Os usuários apontam a necessidade de capacitação da população para a participação e controle sociais.
Nascimento & Nascimento / Ciência e Saúde Coletiva; 2005.	Observação hermenêutica dialética	14 enfermeiras do PSF.	As práticas das enfermeiras são assistenciais, gerenciais e educativas – articulando a prevenção, promoção e recuperação de grupos populacionais e famílias. As variações salariais e as condições de trabalho têm contribuído para a rotatividade profissional.
Gil CR / Cad. Saúde Pública; 2005.	Transversal descritivo	Alunos de 16 cursos especialização cursos de 9 residências multiprofissional em saúde da família, totalizando 873 respondentes.	O perfil dos profissionais formados não é adequado para uma atuação na perspectiva da atenção básica e de práticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Tanto nos cursos de especialização quanto nos de Residência Multiprofissional em saúde da família, predominaram o sexo feminino e os enfermeiros. O tipo de vínculo de trabalho predominante foi o informal. A este fato tem-se atribuído a alta rotatividade das equipes, dificultando a formação de vínculos e o desenvolvimento de novas práticas profissionais.

Estudo / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
Baldani et al. / Cad. Saúde Pública; 2005.	Quali-quantitativo	136 municípios que tinham equipes de saúde bucal implantadas até o início de 2002. Questionários para os coordenadores dos Programas de Saúde Bucal e odontólogos que atuavam nas equipes de saúde bucal.	Taxa de resposta dos municípios = 57% e taxa de resposta dos odontólogos = 38%. Todos os cirurgiões dentistas se envolviam com atividades clínicas, 89% realizam visitas domiciliares e 74% participavam de reuniões com a comunidade.
Friedrich & Pieratoni / Rev. Saúde Coletiva; 2006.	Estudo de caso	Oito equipes do PSF e 6 coordenadores, totalizando 49 trabalhadores de Juiz de Fora.	Predomínio do modelo curativo no PSF. Os trabalhadores deixam claro que realizam poucas ações de caráter preventivo.
Canesqui AM; Spinelli MAS / Cadernos de saúde Pública; 2006.	Transversal descritivo	Médicos e enfermeiros de 282 equipes de PSF.	Perfil dos profissionais do PSF: – 59% do sexo feminino; – Profissionais maduros (mediana de 36 anos de idade). Grau de utilização para atividades previstas para equipes de PSF: – Grau baixo para a participação em grupos e instituições locais; – Ausência de atividades participativas com a comunidade.
Ermel RC; Fracolli LA / Rev Esc Enferm USP; 2006.	Observação direta e entrevista semi estruturadas	Oito Enfermeiras do PSF e o gestor municipal.	Percepção do gestor quanto a organização técnica e política do PSF no município: – O trabalho da enfermeira deve se constituir de ações de enfermagem, supervisão dos ACS, participação em reunião de equipe e questões administrativas, estar envolvida com a realidade social, não precisando ser especialista em saúde coletiva.  Perfil das enfermeiras: faixa etária entre 24 e 31 anos. Nenhuma enfermeira com especialização em saúde pública ou saúde coletiva. Tinham uma visão reduzida sobre os problemas de saúde da comunidade. Consideravam importante obter preparo na graduação para o trabalho em equipe e com grupos. As práticas das enfermeiras reiteram a lógica da clínica individual e curativa.

<b>Estudo / Revista / Ano</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Cotta RMM Et al./ Epidemiologia e Serviços de Saúde; 2006.	Transversal descritivo	Profissionais das três equipes da ESF (n = 28) do município de Teixeira o que incluiu agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.	A faixa etária dos profissionais concentra-se de 20 a 30 anos (42,9%) e há predomínio do sexo feminino (57%). A forma de contratação dos médicos e enfermeiros (convite ou ocupação de vaga disponível) favorece alta rotatividade de profissionais, dificulta vínculo com o serviço e população atendida. Médicos e enfermeiros não receberam cursos de capacitação.
Carneiro Jr; Andrade MC; Luppi CG; Silveira C / Saúde e Sociedade; 2006.	Relato de experiência	Um serviço de atenção primária a saúde.	Relato das práticas de atenção primária à saúde em um Centro de Saúde. Ao deparar-se com singulares dos grupos sociais, principalmente aqueles em situação de exclusão social, os profissionais de saúde começaram a reorganizar seu processo de trabalho de forma a suprir as necessidades desses grupos, promovendo equidade no acesso.
Gil CR / Cad. Saúde Pública; 2006.	Revisão bibliográfica sistematizada	Análise de documentos oficiais do Ministério da saúde.	Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender as novas necessidades de cuidados de saúde (integralidade, formação de vínculo, visão ampliada do processo saúde-doença e abordagem familiar). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho e outros).
Oliveira & Marcon / Rev Esc Enferm USP; 2007.	Descritivo exploratório	20 enfermeiros de equipes de PSF	Os enfermeiros ainda centralizam a doença e o indivíduo, e a sua postura não tem estimulado a participação e a autonomia das famílias. As atividades com ou na comunidade destacadas foram a realização de grupos de patologias específicos e os grupos do ciclo vital.
Escorel S; Giovanella I; Mendonça MHM; Senna MCM. Rev Panam Salud Publica; 2007.	Estudos de caso	2576 profissionais das equipes de saúde da família de 10 municípios brasileiros com mais de 100.000 habitantes.	As práticas com a comunidade: – Permitem identificar as necessidades de saúde da população e reconhecer fatores de risco entre grupos; – Favorecem responder com competência as necessidades das famílias Entre as novas práticas destacaram-se atividades extra muros, sobretudo reuniões com a comunidade.

Estudo / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
Barbosa AAA; Brito EWG; Costa ICC / Cienc Odontol Brás; 2007.	Pesquisa-ação de caráter qualitativo (entrevistas semi-estruturadas)	Sete cirurgiões dentistas e 6 auxiliares de consultório dentário.	O tratamento curativo é a prática que predomina entre as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal (49,1%). A valorização de ações preventivas e educação em saúde bucal esta presente (13,95% e 23,25% respectivamente) através de atividades na escola, com grupos e até nos domicílios.
Reis et al. / Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2007.	Estudo de caso	Uma equipe de PSF	Fragilidade na forma de contrato dos trabalhadores do PSF. A aproximação do médico da comunidade assistida permite melhor compreensão dos modos de levar a vida, carências e potencialidades. Aponta as potencialidades das atividades Educativas. O PSF necessita de mudanças no processo de trabalho para atingir os objetivos propostos pelo ministério.
Melo EM et al / Cad. Saúde Pública; 2008.	Quali-quantitativo	<p>Avaliação da ABS em três municípios do estado de Mato Grosso envolvendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Entrevistas semi-estruturadas, com secretários municipais de saúde, coordenadores de atenção básica e do PSF, supervisores de atenção básica e um representante do Conselho Municipal de Saúde.</li> <li>– Entrevistas, em forma de miniconvenções, com as equipes de planejamento e controle e avaliação dos municípios envolvidos e com integrantes do Pólo de Educação Permanente.</li> <li>– 193 entrevistas com profissionais de saúde (118 de nível superior e 75 de nível médio).</li> <li>– Entrevistas estruturadas com 411 usuários.</li> </ul>	Os profissionais de saúde percebem os usuários como receptores passivos de benefícios e menos da metade dos entrevistados relatou participar de atividades intersetoriais.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Verificar a prevalência de participação dos trabalhadores da ABS em práticas de saúde realizadas na comunidade, ou seja, além do âmbito da UBS, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil e de acordo com os modelos de atenção (PSF e Tradicional).

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil dos trabalhadores de acordo com características demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e de saúde.
- Descrever as principais práticas de saúde desenvolvidas na comunidade por trabalhadores da ABS.
- Avaliar a associação da participação dos trabalhadores em práticas de saúde na comunidade em relação a variáveis independentes:
  - Sexo;
  - Idade;
  - Escolaridade;
  - Atividade profissional na UBS;
  - Regime de trabalho precário;
  - Vinculação a Plano de Carreira;
  - Primeiro emprego;
  - Trabalha em outro emprego;
  - Tempo de atuação na UBS;
  - Capacitação profissional em saúde da mulher;
  - Capacitação profissional em saúde da criança;
  - Capacitação profissional no manejo de doenças crônicas;
  - Utilização de protocolos;
  - Satisfação com as reuniões comunitárias;
  - Vinculação da UBS com o ensino;
  - Satisfação com a sua saúde;
  - Transtornos mentais comuns (Self Report Questionnaire/SRQ-20).

### **3.3 Hipóteses**

- A prevalência de práticas dos trabalhadores da ABS realizadas na comunidade é de aproximadamente 55%.
- As diferenças nas prevalências de práticas dos trabalhadores da ABS realizadas na comunidade variam de acordo com a região geográfica (Sul e Nordeste) e com o modelo de atenção (PSF e Tradicional).
- A prevalência de práticas dos trabalhadores da Atenção básica de saúde realizadas na comunidade é significativamente maior entre os trabalhadores da região Nordeste, do Programa de Saúde da Família, do sexo feminino, mais jovens, que trabalham como agentes comunitários de saúde ou enfermeiros, com maior número de capacitações, que utilizam protocolos, que estão mais satisfeitos com a sua saúde, que estão mais satisfeitos com reuniões comunitárias e que apresentam menor prevalência de transtornos psiquiátricos menores.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Delineamento**

O delineamento do estudo da inserção dos trabalhadores em práticas de saúde na comunidade das áreas de abrangência das UBS foi do tipo transversal, com grupos de comparação utilizando medidas com múltiplos níveis de agregação, em relação às diferentes dimensões observadas, ou seja, estado, município, serviço de saúde e população (ROTHMAN, 1998).

O delineamento também pode ser caracterizado como um estudo de efetividade, constituindo a linha de base para determinar o impacto do PROESF / PSF nos indicadores de desempenho do sistema de saúde e de situação de saúde na população, incluindo todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Pernambuco, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí. Sendo assim, o delineamento possibilita a análise de agregados e indivíduos.

### **4.2 População alvo**

Trabalhadores das 240 UBS selecionadas para o estudo, incluindo médicos, enfermeiros, odontólogos, outros profissionais de nível superior, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde.

### **4.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores envolvidos no atendimento à saúde da população, ou seja, aqueles de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos e outros), de nível técnico (auxiliares ou técnicos de enfermagem e auxiliares ou técnicos de higiene dental) e os agentes comunitários de saúde.

### **4.4 Critérios de exclusão**

Ficaram excluídos do estudo os trabalhadores que no momento da realização do trabalho de campo no município não estavam presentes na UBS por motivo de

férias, licenças ou afastamento, os recepcionistas, higienistas / serventes, auxiliares de farmácia e laboratório e seguranças.

#### **4.5 Amostragem**

O universo do estudo é constituído por 41 municípios com mais de 100.000 habitantes das Regiões Sul e Nordeste do Brasil. Destes, 17 estão localizados no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte. Os municípios incluídos no estudo constituem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os trabalhadores de saúde foram incluídos a partir da amostra das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o modelo de atenção (PSF ou Tradicional) e proporcionalmente ao total de UBS nos municípios (LEVY & LEMESHOW, 1980; LEMESHOW & HOSMER, 1990; LWANGA & LEMESHOW, 1991).

Buscando maior representatividade, o sorteio das UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A partir de listas de UBS estratificadas segundo o modelo assistencial (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF e não-PSF), se estabeleceu o sorteio da UBS em cada estrato e em cada município. Por meio dos “Projetos de Adesão ao PROESF”, foram identificadas 855 UBS no Nordeste e 655 UBS no Sul. Em cada lote foram sorteadas, aleatoriamente, 120 UBS. No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 UBS Tradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. As UBS sorteadas orientaram a seleção das amostras de profissionais de saúde.

A amostra do estudo foi composta por todos os trabalhadores que atuavam nas UBS, nos dois diferentes lotes Sul e Nordeste, e estavam envolvidos no processo de atendimento à população. A amostra final de trabalhadores foi de 1.464 indivíduos no Lote Sul 2 e 2.279 indivíduos no Lote Nordeste 2, totalizando 3.743 profissionais.



#### **4.6 Cálculo do tamanho de amostra**

Vários cálculos de tamanho de amostra foram realizados para atender aos objetivos do estudo. Com a amostra obtida (3.743), a margem de erro para a estimativa de prevalência de práticas de saúde realizadas na comunidade (estimada em 55%) é de 1,6 pontos percentuais. Para avaliação de associações, o estudo tem poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população estudada, com nível de confiança de 95%.

## 4.7 Quadros de variáveis a serem utilizadas no estudo

### 4.5.1 Variáveis relativas aos trabalhadores de saúde

#### 4.5.1.1 Demográficas e socioeconômicas

Variável	Definição	Tipo de Variável
Sexo	Masculino Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Anos completos	Numérica Discreta
Escolaridade	Ensino Fundamental ou 1º grau incompleto Ensino Fundamental ou 1º grau completo Ensino Médio ou 2º grau incompleto Ensino Médio ou 2º grau completo Superior incompleto Superior completo Pós-graduação	Categórica Ordinal

#### 4.5.1.2 Ocupacionais e de saúde

Variável	Definição	Tipo de Variável
Atividade profissional na UBS	Auxiliar e técnico de enfermagem /Auxiliar e técnico de consultório dentário Enfermeiro Médico Odontólogo Outro profissional de nível superior Agente comunitário de saúde	Categórica Nominal
Regime de trabalho precário	Não Sim	Categórica Dicotômica
Vinculação a plano de carreira na instituição	Não Sim	Categórica Dicotômica
Primeiro emprego	Não Sim	Categórica Dicotômica
Trabalha em outro emprego	Não Sim	Categórica Dicotômica
Tempo de atuação na UBS	Em meses completos	Numérica Discreta

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Tipo de Variável</b>
Capacitação profissional em Saúde da Mulher	Não Sim	Categórica Dicotômica
Capacitação profissional em Saúde da Criança	Não Sim	Categórica Dicotômica
Capacitação profissional no Manejo de doenças Crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus)	Não Sim	Categórica Dicotômica
Utilização de protocolos pelo profissional	Não Sim	Categórica Dicotômica
Satisfação com as reuniões comunitárias	Escala de satisfação 0 a 10	Numérica Discreta
Vinculação da UBS com ensino	Não Sim	Categórica dicotômica
Satisfação com a saúde	Insatisfeito Indiferente Satisfeito	Categórica Ordinal
Transtornos mentais comuns	SRQ Negativo SRQ Positivo	Categórica Dicotômica

#### 4.5.2 Variáveis relativas ao modelo de atenção e região.

<b>Variável</b>	<b>Definição</b>	<b>Tipo de Variável</b>
Modelo de atenção	PSF Tradicional	Categórica Nominal
Região	Sul Nordeste	Catgórica Nominal

#### **4.6 Definição do desfecho**

O desfecho dicotômico “Participação dos trabalhadores em alguma atividade de saúde na comunidade da área de abrangência da UBS nos últimos 12 meses” será definido através da pergunta:

- Nos últimos 12 meses você participou de alguma atividade realizada na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (escola, associação de bairro, igreja, etc.)?

Entre os trabalhadores que responderem afirmativamente à pergunta sobre a participação em alguma atividade de saúde na comunidade da área de abrangência da UBS nos últimos 12 meses será solicitada a descrição das atividades desenvolvidas no período.

#### **4.7 Instrumento de coleta de dados**

As exposições e o desfecho de interesse integraram o instrumento utilizado no Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF para o estudo dos profissionais de saúde da Atenção Básica. A integra dos instrumentos utilizados pelo projeto do PROESF podem ser acessados na página da internet <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

Após consentimento, os trabalhadores responderam a um questionário auto-aplicado constituído de informações demográficas, sócio-econômicas, características do trabalho e de situação de saúde - Anexo 1.

A aferição dos transtornos mentais comuns foi realizada usando-se o Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) (MARI, 1987).

#### **4.8 Seleção de supervisores do estudo**

A seleção de supervisores do estudo teve início em janeiro de 2005, através de inscrições de pessoas de ambos os sexos, com ensino médio completo, disponibilidade para ausentarem-se da cidade por um longo período, condição fundamental para o trabalho de campo nos diferentes municípios.

Foi realizada uma busca de possíveis candidatos através de contato com outros pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Com este procedimento, foi possível iniciar as inscrições junto à secretaria. Na inscrição os

candidatos deveriam preencher uma ficha onde constavam dados de identificação, dados relacionados à experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de horário.

Com um total de 26 candidatos inscritos, iniciou-se a capacitação e posteriormente seleção de 15 supervisores. Os demais candidatos capacitados e não selecionados no primeiro momento ficaram como suplentes.

#### **4.8.1 Capacitação e seleção dos supervisores**

A capacitação dos supervisores começou em 24 de janeiro de 2005 e estendeu-se até o dia 28. Foi o último passo para a seleção final dos supervisores. Inicialmente foi realizada em 40 horas, com conteúdos relacionados às necessidades da pesquisa tais como:

- Apresentação sobre o Sistema Único de Saúde;
- Atenção Básica;
- Avaliação de Serviços;
- Instrumentos de Pesquisa;
- Estudos de Demanda;
- Logística de Trabalho Campo;
- Trabalho de Campo;
- Simulação em Território de Pesquisa;
- Revisão e Codificação de Instrumentos.

Outras atividades da capacitação incluíram leitura conjunta dos instrumentos e manuais de instruções; leitura explicativa dos questionários por parte de coordenadores da pesquisa.

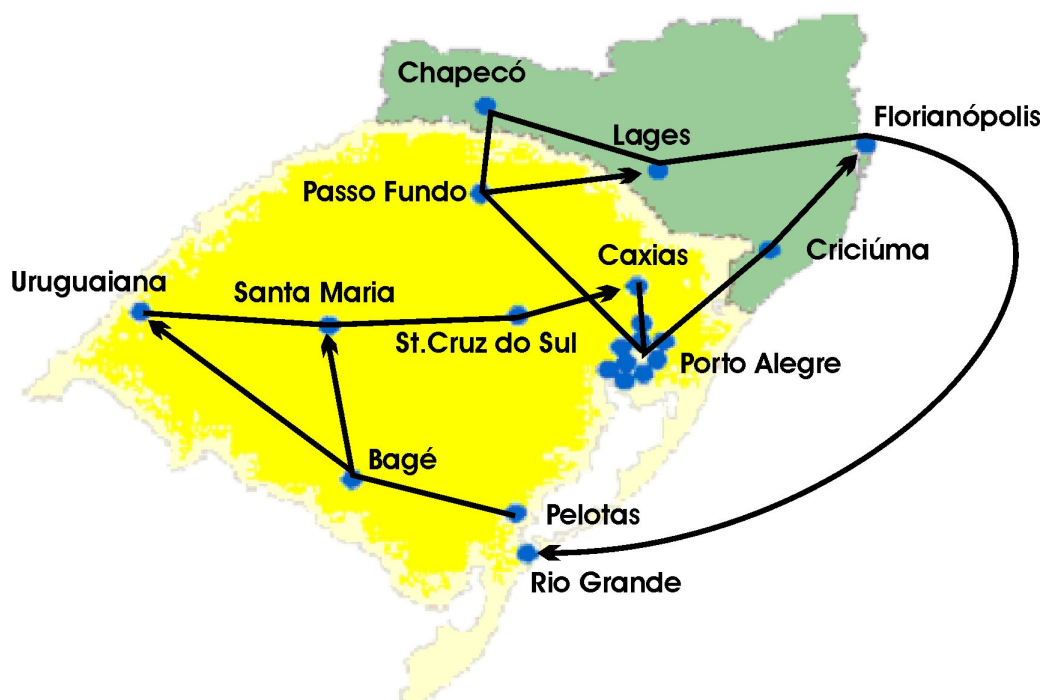
No período entre a seleção e o início do trabalho de campo no mês de março, encontros semanais foram mantidos para dar seqüência à capacitação com os supervisores selecionados participando das revisões dos instrumentos de pesquisa e preparação final das necessidades operacionais para o início do trabalho de campo.

#### **4.9 Logística**

A coleta de dados na região sul (Lote 2 Sul), iniciou em 15 março de 2005 e foi finalizada em 19 de maio de 2005, com duração de 65 dias. Vários

procedimentos foram realizados para facilitar a logística e para orientação do trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas realizadas com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre (FACCHINI, et al., 2006a). Além dessas atividades, visitas foram realizadas durante o trabalho de campo a alguns municípios para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município e houve também a divulgação em veículos de comunicação (jornal e rádio).

O estudo começou respeitando uma trajetória pelos municípios com início pelo Lote Sul 2, em Pelotas em 15 de março de 2005 e término em Rio Grande em 19 de maio de 2005. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias na UBS. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla foi responsável por mais de uma UBS e, portanto permaneceu mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo. A seqüência dos municípios no Rio Grande do Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo (todos no RS), Lages (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis e finalizando Rio Grande (RS). A Figura 1 apresenta o trajeto realizado no Lote 2 Sul durante o trabalho de campo.



**Figura 1** - Trajeto por municípios do RS e SC no Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Em treze municípios selecionados, os supervisores ficaram hospedados em hotel durante um período que variou de três a vinte dias para a realização do trabalho de campo. Para os municípios da grande Porto Alegre, a hospedagem foi na capital em função das facilidades operacionais para a equipe.

Logo após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde, formado na segunda oficina realizada em Porto Alegre, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Em seqüência, na UBS e na área de abrangência da cada unidade eram aplicados os instrumentos de pesquisa. O ponto inicial para a aplicação dos instrumentos era a UBS. Cada vértice do prédio era um ponto de início para um dos instrumentos populacionais.

Toda a área de abrangência deveria ser percorrida até encontrar o número determinado para cada amostra populacional. A direção do andar dentro da área foi sempre contornando pela direita toda a vez que necessário para o supervisor se

manter na área de abrangência. Todos os domicílios deveriam ser visitados e somente uma pessoa deste responderia o instrumento. Nos casos de haver mais de uma pessoa elegível para cada uma das amostras, e apenas nestes casos, o mais velho seria o escolhido. Todos os supervisores chegavam aos domicílios com crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa.

Cada dupla de supervisores portava material completo para o seu trabalho, eram estimulados a realizar as 72 entrevistas populacionais, 18 de cada amostra independente, em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. Para evitar qualquer tipo de constrangimento para os entrevistados, os supervisores eram orientados a realizar as entrevistas individualmente com cada um dos elegíveis para o estudo.

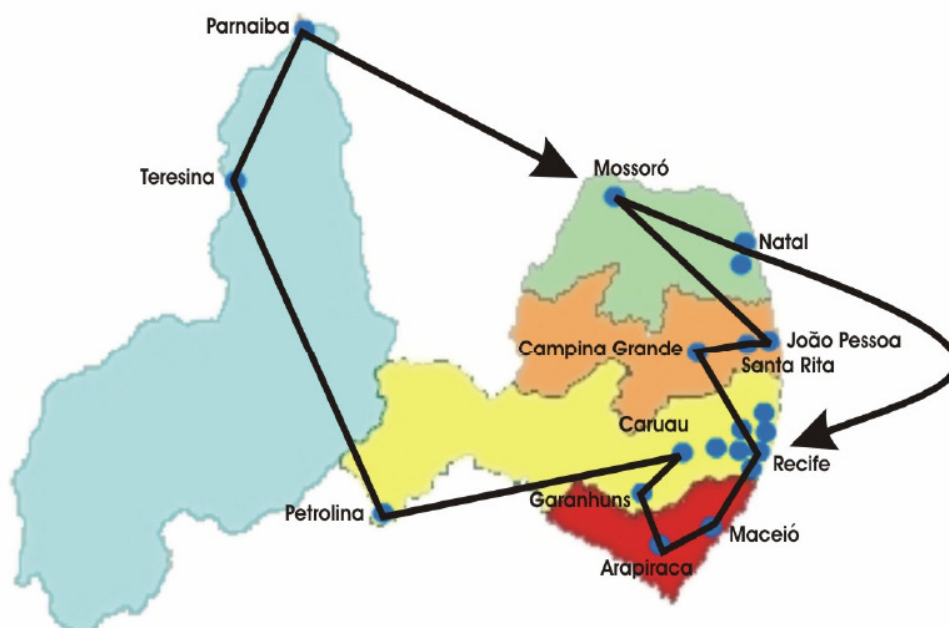
Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, foram realizadas reuniões para discussão de questões de interesse da pesquisa, das dúvidas surgidas e de codificação dos dados. Também foi estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados.

Nestes encontros, eram recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de trabalho de campo, os coordenadores da pesquisa prestaram esclarecimentos para o andamento correto do trabalho, mantendo contato com os diversos municípios e permaneceram em constante colaboração e apoio aos supervisores.

Para o Lote Nordeste 2, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado em 03 de junho e concluído em 10 de agosto, foi à mesma, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em 2. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou a Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à região



Sul mais precisamente Pelotas. A Figura 2 apresenta o trajeto realizado no Lote 2 Nordeste durante o trabalho de campo.



**Figura 2** - Trajeto por Municípios dos Estados de AL, PB, PE, PI, e RN no Trabalho de campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE).

Para o preenchimento do instrumento dos trabalhadores de saúde, os supervisores ao iniciar o trabalho na UBS, distribuíam os mesmos e estimulavam o preenchimento de forma auto-aplicada. Ao final dos dias de trabalho naquela UBS, os instrumentos eram recolhidos para a codificação e encaminhamento a secretaria do estudo.

Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas; a) Para a região sul a busca por parte dos coordenadores, dos instrumentos nos municípios previamente acertados, Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); b) Para a região nordeste, o envio das caixas contendo o material via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Na região sul, todo o material de pesquisa era levado pelos supervisores, e eram repostos em pontos estratégicos para serem utilizados em outros municípios. Os coordenadores da pesquisa levavam até os supervisores nos encontros previamente agendados. Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife por via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina de capacitação (FACCHINI, et al., 2006a). Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

#### **4.10 Estudo piloto**

Em 27 de janeiro de 2005, como parte integrante da seleção e capacitação dos futuros supervisores, uma simulação em território de pesquisa foi realizada no município de Pelotas nas UBS Areal fundos, Centro Social Urbano do Areal e Vila Municipal que não fizeram parte da amostra. Nesta simulação, os candidatos a supervisores além de serem capacitados, testaram a aplicabilidade dos instrumentos em situação real, sendo que durante todo o trabalho eram acompanhados por um coordenador do estudo.

#### **4.11 Controle de qualidade**

O controle de qualidade das entrevistas auto-aplicadas foi realizado através do confronto da amostra por categoria profissional com o registro dos trabalhadores lotados nas UBS, obtido no instrumento de avaliação da estrutura dos serviços. Outra estratégia utilizada foi a supervisão do trabalho de campo mediante a visita de um coordenador do trabalho, para a constatação de possíveis irregularidades na aplicação dos instrumentos e no respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados entre os trabalhadores de saúde.

## **5 Processamento e análise dos dados**

### **5.1 Processamento de dados**

Os questionários, depois de revisados e codificados, na sede do PROESF na UFPel, foram digitados utilizando o software EPI-INFO versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As análises de consistência foram realizadas depois de completada a dupla digitação dos dados.

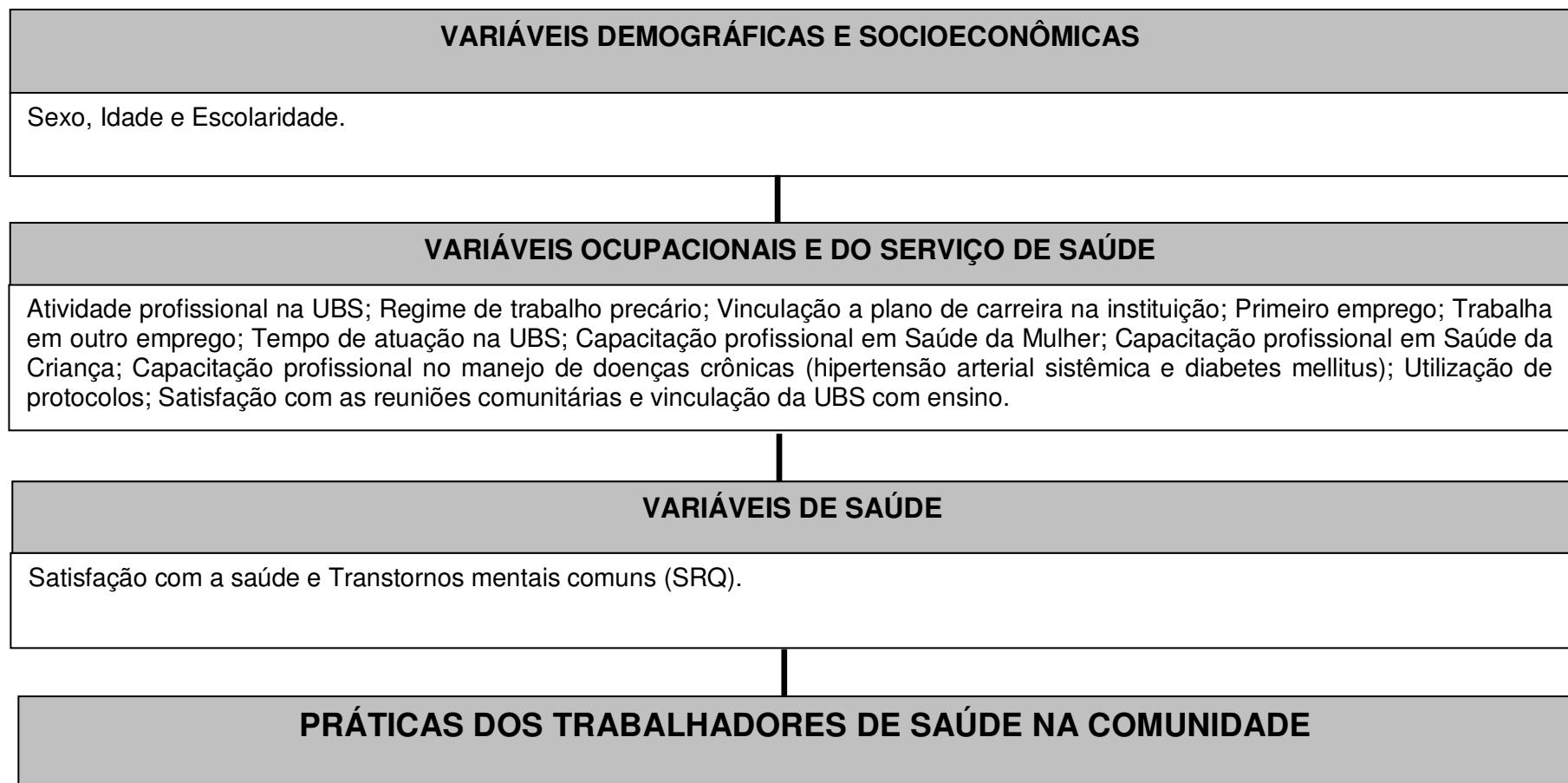
Para o presente estudo, será realizada a limpeza da variável atividade profissional na UBS e a análise final dos dados se dará através do programa STATA 7.0.

### **5.2 Análise de dados**

A análise de dados terá como objetivos:

- Descrever a amostra de trabalhadores em termos das variáveis demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e de saúde para todos os profissionais, por região e modelo de atenção à saúde.
- Descrever os tipos de práticas que os trabalhadores de saúde realizam na comunidade para toda a amostra de profissionais, por categoria profissional, por região e modelo de atenção à saúde.
- Descrever a amostra em relação à participação dos trabalhadores em atividades de saúde na comunidade em termos das variáveis demográficas, socioeconômicas, ocupacionais, de saúde para toda a amostra de profissionais, por região e modelo de atenção à saúde.
- Verificar a existência de diferenças em relação à participação dos trabalhadores em atividades de saúde na comunidade pelas variáveis de estratificação – região e modelo de atenção:
  - Explorar a associação bruta entre o desfecho e as variáveis independentes, com o uso de teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear.

- Avaliar o efeito das várias exposições sobre a participação dos trabalhadores em atividades de saúde na comunidade através de um modelo de regressão multivariável (Poisson).
- Realizar avaliação segundo o pressuposto que exista uma relação hierárquica entre as variáveis estudadas - modelo de análise hierárquica. A Figura 3 sintetiza as relações em estudo. A ordem das categorias representa os níveis hierárquicos de determinação com o desfecho de interesse.



**Figura 3.** Modelo de análise para o estudo da participação dos trabalhadores das UBS dos estados do Sul e Nordeste em práticas de saúde na comunidade.

## 6 Aspectos éticos

- O presente projeto envolveu exclusivamente realização de entrevistas, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.
- O estudo foi de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde na publicação “International ethical guidelines for medical research involving humans subjects” (CIOMS/WHO, 1993).
- A participação dos indivíduos no estudo ocorreu através de consentimento informado.
- A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos.
- A proposta de pesquisa foi aprovada pela Universidade Federal de Pelotas: Colegiados do Departamento de Medicina Social, Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Comitê de Ética da Faculdade de Medicina sob ofício nº 045/2004.
- O uso dos dados coletados no Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde foi autorizado pelo coordenador do estudo (Anexo 2).

## 7. Cronograma

**7.1 Projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação de saúde na totalidade dos municípios de mais de 100.000 habitantes dos lotes 2 das regiões Sul e Nordeste (ELB PROESF – UFPel).**

<b>Anos</b>	<b>2005</b>		<b>2006</b>		<b>2007</b>		<b>2008</b>	
<b>Semestres</b>	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Revisão de literatura								
Elaboração do Projeto								
Entrega de instrumentos e manuais								
Seleção dos supervisores								
Capacitação dos supervisores								
Estudo piloto								
Coleta de dados								
Digitação								
Limpeza dos dados								
Análise dos dados								
Redação de relatórios								
Divulgação								

## 7.2 Projeto Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica no Sul e Nordeste do Brasil.

<b>Anos</b>	<b>2008</b>		<b>2009</b>	
Semestres	1º	2º	1º	2º
Revisão de literatura				
Elaboração do Projeto				
Limpeza dos dados				
Análise dos dados				
Redação				
Divulgação				
Defesa				



## **8 Divulgação dos resultados**

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigos para publicação em periódicos científicos;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

## **9 Financiamento**

Este projeto não necessita de verba extra para sua realização. Faz parte do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, com apoio do Ministério da Saúde, com especial destaque para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica e o Grupo de Acompanhamento dos Estudos de Linha de Base.

## 10 Referências

- ABRAHÃO, Ana Lúcia. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.3, n.1, p.01-03, 2007.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
- BALDANI, M.H.; FADEL, C.B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1026-1035, 2005.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 401-412, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: (Ed.). **Agir em saúde: um desafio para o publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CANESQUI, A.M.; Spinelli, M.A.S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad.Saúde Publica**, v.22, n.9, p.1881-1892, 2006.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; ANDRADE, M.C.; LUPPI, C.G.; SILVEIRA, C. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.30-39, 2006.
- COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7-18. 2006.
- DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; DEL CIAMPO, I.R.L.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, 2006.
- ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p.533-539, 2006.
- ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2007; 21(2):164-76.
- FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. **Relatório final do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006a.
- FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.C.V.; RODRIGUES, M A.P. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil:avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, 2006b.

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes de saúde da família : um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político - ideológico e econômico em Juiz de Fora . **Rev Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 83-97, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em Saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.490-498, 2005

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

LEVY, P.; LEMESHOW, S. **Sampling for health professionals**. Belmont, 1980.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D. **Adequacy of sample size in health studies**. Chichester, 1990

LUCENA, A.F.; PASKULIM, L.M.G.; SOUZA, M.F.; GUTIERREZ, M.G.R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.292-298, 2006.

LWANGA, S.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva, 1991

MACHADO, Maria Helena. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e Emprego em saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p 309-330.

MARI, J.J.; IACOPONI, E.; WILLIAMS, P.; SIMÕES, O.; SILVA, J.B.T. Distúrbios psiquiátricos e assistência primária à saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.21, p.501-507, 1987.

MELO, E.M.; PAIVA, L.; ÁLVARES, J.; FLECHA, A.L.D. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da família em Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, Sup.1, p.S29-S41, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília-DF. **Diário Oficial da União**. Ministério Da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília-DF. **Diário Oficial da União**. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família. Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF**. Brasília - DF. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos.** Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União; 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: **DesprecarizaSUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.333-345. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Desempenho em Equipes de Saúde. Manual. **Organização Pan-Americana da Saúde — OMS.** Editora FGV 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); MINISTÉRIO DA SAÚDE. Chamado à ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. **Série D. Reuniões e Conferências.** M. D. Saúde: Ministério da Saúde 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida FN. In: (Ed.). **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDROSA, J.I.S; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.35, p.303-311, 2001.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109. 2001.

PEREIRA, Maurício. Serviços de saúde: marco de referências para o estudo do tema. In: **Epidemiologia, teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

REIS, M.A.S.; FORTUNA, C.M.; OLIVEIRA, C.T.; DURANTE, M.C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.23, p.655-666. 2007.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology:** Lippincott-Raven. U.S.A., 1998.

SHIMIZU, H.E; DYTZ, J.L.G.; LIMA, M.G.; MOURA, A.S. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**\_v.12, n.5, p.713-720. 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD B. Global Health, Equity, and Primary Care. **J Am Board Fam Med**; 20(6):511-513. 2007.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 153-162, 2002.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V.V.; TEIXEIRA, V.A. 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, n.1, p.193-201, 2008.

## 11 Relatório do trabalho de campo

O presente estudo foi um recorte de um projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação da atenção básica à saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medica Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisa Epidemiológica da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, que integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (ELB PROESF-UFPeI).

O referido projeto foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rios Grande do Sul e Santa Catarina.

A coleta de dados do estudo foi realizada no ano de 2005, por 15 supervisores de campo, que aplicaram os diferentes instrumentos de pesquisa durante 6 meses nas duas regiões estudadas. O rigoroso cumprimento do cronograma pré-estabelecido para o trabalho de campo nos municípios dos Lotes 1 e 2 foi altamente relevante, dada a abrangência e complexidade do estudo.

A totalidade dos instrumentos de pesquisa pode ser acessada na página do estudo disponível na internet, <http://www.epidemiio-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

Para esta dissertação de mestrado, o instrumento aplicado aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi o escolhido por possibilitar descrever as práticas de saúde que ocorrem junto a comunidades por estes profissionais. O questionário individual auto-aplicado era dirigido a todos os trabalhadores lotados na UBS, incluindo profissionais de nível superior, médio e ACS. As questões eram todas estruturadas e predominantemente fechadas, mas várias questões abertas foram utilizadas para qualificar a informação quantitativa. Durante o TC na UBS, os supervisores do projeto ELB PROESF-UFPeI orientaram o preenchimento e motivaram os trabalhadores a participar do estudo. Depois de preenchidos, os instrumentos foram recolhidos pelos supervisores e enviados para revisão, codificação e digitação na sede do estudo na cidade de Pelotas.

Logo no início das atividades do curso de mestrado, para a realização deste estudo, foi primeiramente demonstrado a importância de se conhecer sobre as práticas profissionais na comunidade pelos trabalhadores da Atenção Básica à

Saúde e depois providenciado o consentimento do coordenador do ELB PROESF-UFPeI em relação a utilização do banco de dados.

A operacionalização do desfecho foi definida pela pergunta: “Nos últimos doze meses você participou de alguma atividade realizada na comunidade da área de abrangência da UBS (escola, associação de bairro, igreja, etc.)?”. Para as respostas afirmativas, foi solicitada a descrição de quais atividades eram realizadas e com qual instituição estavam vinculadas. Estas questões permitiram verificar se os trabalhadores de saúde se envolviam em práticas de saúde fora da UBS com a comunidade, além de permitir confirmar ou não, se os profissionais desempenhavam as atividades previstas para a Atenção Básica à Saúde, considerando as normatizações do Sistema único de Saúde.

Na continuidade das ações de preparação do banco de dados foram selecionadas as variáveis independentes utilizadas no estudo, de acordo com as categorias desejadas, ou seja, socioeconômicas, demográficas, ocupacionais e de saúde. Todas as variáveis selecionadas se basearam em ampla revisão bibliográfica que fundamentava as possibilidades de associação com o desfecho em análise.

Após a definição das variáveis do estudo, foi realizada primeiramente uma análise de consistência dos dados e quando necessário se recorreu aos questionários originais, em papel, para a verificação de dúvidas em relação a alguma resposta ignorada ou inconsistente. Esta estratégia que teve a duração aproximada de 45 dias possibilitou a recuperação de informações especialmente para a variável que investigou a função desempenhada pelo trabalhador na Unidade Básica de Saúde para 103 casos que eram considerados inicialmente como ignorados. Após esta etapa de preparação o banco de dados foi considerado pronto para as análises necessárias ao estudo. A análise de dados transcorreu paralelamente à revisão de literatura e foi concluída no primeiro trimestre de 2009.

No período de preparação desta dissertação, algumas vantagens e desvantagens foram claramente identificadas. Podemos relatar como vantagem a economia de tempo tanto em relação à elaboração de um banco de dados e instrumentos de pesquisa, quanto a preparação da logística e execução do campo propriamente dito, a digitação dos dados e controle de qualidade. Por outro lado, exatamente estas vantagens relatadas podem ao mesmo tempo significar uma perda de oportunidade para a prática de fases de investigação importantes para o



desempenho de uma pesquisa, especialmente em se tratando de um estudo de grande porte.

Pelo exposto, considero que as fases percorridas e relatadas para a elaboração do artigo final desta dissertação possibilitaram aprendizagem, vivência em pesquisa, e aprofundamento das questões que envolveram o projeto do ELB PROESF-UFPeI. Detalhes completos do relatório de campo do estudo do ELB PROESF-UFPeI podem ser conhecidos na página do estudo citada acima.

## **12 Artigo da dissertação**

A seguir está apresentado o artigo da Dissertação de Mestrado.

Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do sul e nordeste do Brasil.

Artigo no formato para submissão na revista Cadernos de Saúde Pública.

**PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA COMUNIDADE NOS  
MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Practical of the workers of health in the community in the models of Basic Attention of the  
South and Northeast of Brazil

Workers health practices in the community in Primary Health Care of the South and Northeast  
of Brazil

*Alexandra da Rosa Martins<sup>1,2</sup>*

*Denise Silva da Silveira<sup>1,2</sup>*

*Marilu Correa Soares<sup>1</sup>*

1- Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

2- Secretaria Municipal de Saúde, Pelotas, Brasil.

**APOIO FINANCEIRO:** Ministério da Saúde do Brasil e Banco Mundial

**CONTATO:** A. R. Martins, Universidade Federal de Pelotas. Rua Dr Osvaldo Branco de Araújo, 111, Pelotas, RS, 96085-355, Brasil. [alexandrarosamartins@hotmail.com](mailto:alexandrarosamartins@hotmail.com).

**TÍTULO CORRIDO:** Práticas dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde na comunidade.

## **RESUMO**

Com o objetivo de verificar a prevalência de participação em práticas de saúde na comunidade foi realizado um estudo transversal com 3.743 trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (ABS) de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste (NE) do Brasil. A prevalência de participação foi de 62,7%, sendo significativamente maior no NE e no Programa Saúde da Família. A prática mais realizada foi educação em saúde em datas festivas, palestras e grupos. Verificou-se associação positiva do desfecho com sexo (feminino), capacitação no manejo de doenças crônicas, utilização de protocolos, satisfação com reuniões comunitárias e Unidade de Saúde com ensino. As diferenças da prevalência do desfecho por região e modelo reafirmam as expectativas inerentes ao contexto histórico da reorganização da ABS no Brasil. Os resultados indicam que é necessário ampliar a participação dos trabalhadores de saúde junto à comunidade, considerando que a ABS é o nível de atenção que possibilita de construção de práticas fundamentadas no contexto de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** Sistema de Saúde, Atenção Básica à Saúde, Serviços de Saúde, Prática Profissional.

## **ABSTRACT**

Aiming to assess the prevalence of participation in community health practice, a cross-sectional study was carried out comprising 3,743 workers of Primary Health Care (PHC) from 41 cities with more than a hundred thousand inhabitants from South and Northeast (NE), Brazil. The prevalence of participation in community health practice was 62.7%, being significantly higher in NE and Family Health Program. The most conducted practice was health education during holidays, lectures and groups. A positive association with gender (females), skills training for the management of chronic illnesses, use of validated protocols, satisfaction with community meetings and presence of teaching health units was observed. The differences in the prevalence of the outcome according to geographic region and model of health assistance reaffirm the inherent expectations to the historical context of the reorganization of PHC in Brazil. The results indicate the need to increase the participation of the health workers in the community, considering that PHC is the sector that makes possible the construction of practices in accordance on the context of the life style of people.

**Key words:** Health System, Health Services, Primary Health Care, Health professionals, Professional Practices.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, que visam à promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>1</sup>. Seus princípios se baseiam no conceito de Atenção Primária à Saúde estabelecidos em Alma Ata<sup>2,3</sup>. No Brasil, até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, a ABS organizava-se sobretudo a partir de serviços norteados pelos princípios de um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas freqüentemente clientelistas e de conteúdo curativo. A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária<sup>4</sup>.

O PSF surgiu para estruturar a ABS nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Propõe a reorganização das práticas a partir do conhecimento das reais necessidades da comunidade sob sua responsabilidade para o alcance tanto da integralidade quanto da equidade em saúde<sup>5,6,7,8</sup>. A estruturação dos serviços a partir das necessidades da população implica na implementação de abordagens mais amplas e complexas do que as centradas no cuidado curativo, que viabilizem a compreensão de como os problemas de saúde se manifestam na população. Nesta perspectiva a atuação dos trabalhadores de saúde não deve restringir-se apenas à Unidade Básica de Saúde (UBS). É necessário que ocorra também nos domicílios e demais espaços comunitários, permitindo maior contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade, de forma a contribuir para as ações efetivas e adaptadas às desigualdades dos grupos sociais e diferentes demandas em saúde<sup>3,9,10,11,12</sup>.

Contudo, apenas a implantação do PSF não garante o alcance da mudança do modelo assistencial proposta pelo SUS<sup>9,13,14</sup>. Estudos nacionais que avaliaram o grau de utilização das atividades previstas encontraram baixa participação das equipes em grupos e instituições locais com vistas à resolução dos problemas, evidenciando a escassez de atividades participativas com a comunidade. As práticas ainda reiteram a lógica do atendimento clínico, individual e curativo, predominantemente voltadas à assistência<sup>8,13,15,16,17</sup>.

O presente estudo tem o objetivo de verificar a prevalência da realização de práticas de saúde por parte dos trabalhadores fora do ambiente da UBS, assim como identificar as práticas realizadas, em sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. O estudo também verifica alguns fatores associados com o desfecho.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal que selecionou uma amostra de 3.743 trabalhadores de saúde de UBS de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina na região Sul, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na região Nordeste do Brasil. Os municípios incluídos no estudo compõem os Lotes 2 (Sul e Nordeste) do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – ELB PROESF-UFPe<sup>17,18,19</sup>. Foram identificadas 1500 UBS, sendo 850 UBS no Nordeste e 650 UBS no Sul. Uma amostra aleatória de 120 UBS foi sorteada em cada uma das regiões<sup>20,21,22</sup>. No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 Tradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. Todos os trabalhadores das UBS selecionadas foram convidados a participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a agosto de 2005, com uma equipe de 15 supervisores de campo vinculados ao ELB PROESF-UFPe. Após consentimento os trabalhadores responderam a um questionário auto-aplicado que foi revisado e codificado pela equipe de pesquisa. A digitação dos dados foi feita utilizando-se o software EPI-INFO versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

Vários cálculos de tamanho de amostra foram realizados para atender aos objetivos do estudo. Com a amostra obtida (3.743), a margem de erro para a estimativa de prevalência de práticas dos trabalhadores de saúde realizadas na comunidade (estimada em 55%) foi de 1,6 pontos percentuais. Para avaliação de associações, o estudo teve poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população estudada, com nível de confiança de 95%.

Foram consideradas práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade as atividades desenvolvidas fora da estrutura física do serviço, não incluindo visitas domiciliares para cuidado clínico de doença ou visita mensal periódica do Agente Comunitário de Saúde às famílias, que tenham sido realizadas nos últimos 12 meses.

As variáveis independentes incluídas nas análises para associações foram: a) sexo; b) idade em anos (16 a 29, 30 a 49 e 50 ou mais); c) escolaridade (ensino fundamental ou 1º grau incompleto, ensino fundamental ou 1º grau completo, ensino médio ou 2º grau incompleto, ensino médio ou 2º grau completo, superior incompleto e superior completo); d) atividade profissional na UBS (auxiliar e técnico de enfermagem /auxiliar e técnico de consultório dentário, enfermeiro, médico, odontólogo, outro profissional de nível superior e agente comunitário de saúde); e) regime de trabalho precário (não e sim); f) vinculação a plano de carreira (não e sim); g) primeiro emprego (não e sim); h) trabalha em outro emprego (não e

sim); i) tempo de atuação na UBS em tercís (até 24 meses, de 25 a 108 meses, 109 meses ou mais); j) capacitação profissional em saúde da mulher (não e sim); k) capacitação profissional em saúde da criança (não e sim); l) capacitação profissional no manejo de doenças crônicas (não e sim); m) utilização de protocolos (não e sim); n) satisfação com reuniões comunitárias nota de 0 a 10 em tercís (0 a 4,0; 4,1 a 7,0 e 7,1 a 10 ); o) vinculação da UBS com ensino (não e sim); p) satisfação do trabalhador com a sua saúde (insatisfeito, indiferente e satisfeito) e q) transtornos mentais comuns (negativo e positivo). A aferição dos transtornos mentais comuns foi realizada usando-se o Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20)<sup>23</sup>.

A análise dos dados se deu através do programa STATA 7.0. Foram realizadas análises descritivas, bruta e ajustada, para toda a amostra e estratificada de acordo com a região e o modelo de atenção. A existência de diferenças em relação à participação dos trabalhadores em práticas na comunidade foi explorada, na análise bruta, com o uso do teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear. A análise ajustada foi realizada por regressão de Poisson com cálculos robustos de razões de prevalências ajustadas, intervalos de confiança de 95% e valores de significância usando os mesmos testes descritos acima, segundo o pressuposto que exista uma relação hierárquica entre as variáveis e o desfecho. As variáveis de “a – c” fizeram parte do nível mais distal, as de “d – o” do intermediário e as de “p – q” do proximal. Foram mantidas na análise aquelas variáveis com valor  $p \leq 0,20$  com o objetivo de controle de possíveis fatores de confusão e foram consideradas significativas aquelas com valor  $p \leq 0,05$ .

O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas aprovou o protocolo do estudo.



## RESULTADOS

De um total de 3743 profissionais de saúde incluídos no estudo, 1464 eram do Sul e 2279 do Nordeste. Destes, 2433 (65%) pertenciam as UBS do PSF e 1310 (35%) as UBS Tradicionais. A prevalência de participação dos trabalhadores de saúde em práticas realizadas na comunidade foi de 62,7% (IC 95%: 61,1 – 64,3), sendo significativamente maior no Nordeste (Sul = 57,7%; Nordeste = 65,9%;  $p < 0,001$ ) e no modelo PSF (Tradicional = 37,7%, PSF = 75,5%;  $p < 0,001$ ). A taxa de não resposta foi de 5,4%, sendo de 6,2% no Sul, 4,9% no nordeste, 3,5% no PSF e 8,9% no Tradicional.

Entre as práticas desenvolvidas na comunidade no último ano, 67% dos trabalhadores destacaram a educação em saúde em datas festivas, palestras e grupos; 17% o envolvimento em atividades não especificadas com controle social e ação social; e, 16% mencionaram atividades e procedimentos específicos, tais como aplicação de vacinas e pesagem de crianças em campanhas, escovação e aplicação de flúor e cadastramento do programa Bolsa Família. Em ambas as regiões e modelos de atenção também houve predomínio da participação dos trabalhadores em práticas de educação em saúde em datas festivas, palestras e grupos. A segunda prática mais referida foi atividade não especificada com o controle e ação social no Sul (20,5%) e no PSF (16,8%) e atividades e procedimentos específicos no Nordeste (16,9%) e no modelo Tradicional (29,4%) (Figura 1).

Quanto à atividade profissional, os odontólogos foram os trabalhadores que mais se envolveram nas práticas de educação em saúde em datas festivas, palestras ou grupos (77,3%), seguidos dos agentes comunitários de saúde (68,9%), auxiliares ou técnicos de enfermagem e consultório dentário (64,2%), médicos e enfermeiros (61,9% e 61,6%, respectivamente) e outros profissionais de nível superior (57,9%).

A Tabela 1 descreve a amostra de profissionais de acordo com as variáveis independentes incluídas no estudo. Em ambas as regiões e modelos de atenção houve predomínio de trabalhadores do sexo feminino. As mulheres estavam em proporção significativamente maior no Nordeste (84,3%) e no PSF (85%). A média de idade foi de 37,3 anos (dp = 10,0) distribuindo-se de forma semelhante entre as regiões (Sul = 37,2 anos, dp = 10,2; Nordeste = 37,4, dp = 9,8), com maior concentração de trabalhadores na categoria de 30 a 49 anos (61,2%), tanto no Sul quanto no Nordeste. O predomínio dessa categoria etária se mantém nos modelos de atenção, destacando-se a maior frequência nas UBS Tradicionais (62,9%;  $p < 0,001$ ). A escolaridade preponderante foi ensino médio completo (43,1%), sendo significativamente maior no Nordeste (47,8%) e no PSF (45,7%).

Na distribuição da amostra por atividade profissional na UBS observou-se maior prevalência de agentes comunitários de saúde (41%), seguido por auxiliares / técnicos de enfermagem e consultório dentário (25,1%) e médicos (13,9%). De acordo com as regiões encontraram-se proporções significativamente maiores de odontólogos, outros profissionais de nível superior e agentes comunitários de saúde no Nordeste e de auxiliares / técnicos de enfermagem e consultório dentário, médicos e enfermeiros no Sul. No modelo Tradicional houve uma maior proporção de auxiliares / técnicos de enfermagem e consultório dentário, médicos, odontólogos e outros profissionais de nível superior. Já no PSF observou-se uma maior proporção de ACS e enfermeiros.

O regime de trabalho precário foi uma realidade para 38,8% dos trabalhadores, e foi significativamente maior entre os do Nordeste (46,4%). Constatou-se que o PSF apresenta uma maior prevalência de trabalho precário (42,0%). Da amostra estudada apenas 14,9% possuía vinculação a plano de carreira, ocorrendo uma diferença significativa da prevalência na comparação do modelo Tradicional (23,3%) em relação ao PSF (10,6%) –  $p < 0,001$ . A atuação na UBS como primeiro emprego foi referida por 24,4% dos trabalhadores, 16,6% no Sul e 29,3% no Nordeste ( $p < 0,001$ ), sem haver diferença significativa entre os modelos de atenção. A maioria dos trabalhadores (76,1%) não possuía outro emprego, especialmente aqueles vinculados as UBS do PSF e mais da metade tinha uma atuação em UBS de até 24 meses. Comparativamente ao Nordeste, no Sul a prevalência do tempo de atuação de até 24 meses foi significativamente maior. O mesmo ocorreu na comparação do tempo de atuação entre os modelos de atenção (PSF = 57,5%; Tradicional = 41,6%; –  $p < 0,001$ ).

Pelo menos metade dos trabalhadores estudados recebeu capacitação em saúde da mulher (55,1%), saúde da criança (57,7%) e manejo de doenças crônicas (58,0%). Comparando-se os dois lotes, observou-se que os trabalhadores do Sul realizaram mais capacitações do que os do Nordeste. Em geral, a prevalência de trabalhadores capacitados foi significativamente maior no PSF, sendo de 62,1% para o manejo de doenças crônicas, de 61,9% na área de saúde da criança e de 58,2% na de saúde da mulher. Quanto aos protocolos apenas 47,4% de todos os trabalhadores utilizaram protocolos para a realização de suas atividades, destacando-se a maior utilização pelos profissionais da região Nordeste e entre os vinculados as UBS do PSF.

Na avaliação da satisfação dos trabalhadores com reuniões comunitárias, a nota média atribuída foi 5,3 (dp = 3,0). Mais de um terço (37,7%) da amostra concentrou-se na categoria que avaliou esta satisfação com nota entre 4,1 a 7,0, sendo a distribuição semelhante entre as regiões e maior no PSF (PSF = 40,4%; Tradicional = 31,4%;  $p < 0,001$ ). Com relação a

autopercepção sobre a saúde, 66,9% dos trabalhadores referiu-se satisfeito com maior prevalência no Nordeste (68,8%) em comparação ao Sul (63,7%) –  $p = 0,001$ , sem haver diferença significativa entre os modelos de atenção. A prevalência de transtornos mentais comuns avaliada através do SRQ20 foi de 15,5% e distribuiu-se de forma semelhante entre os estratos (região e modelo).

A Tabela 2 apresenta a associação bruta e ajustada entre as práticas realizadas na comunidade e as variáveis independentes para toda a amostra estudada. Pode-se verificar que após a análise ajustada que as práticas na comunidade foram mais frequentes entre os trabalhadores do sexo feminino (RP 1,17; IC95%: 1,01 – 1,34), capacitados para manejo de doenças crônicas (RP 1,30; IC95%: 1,20 – 1,42), que utilizavam protocolos para exercer as atividades na UBS (RP 1,20; IC95%: 1,14 – 1,27), mais satisfeitos com reuniões comunitárias (RP 1,20; IC95%: 1,12 – 1,29) e que trabalhavam em UBS vinculadas ao ensino (RP 1,12; IC95%: 1,05 – 1,18). Por outro lado, estas práticas foram menos frequentes entre os trabalhadores com 50 anos ou mais de idade, de escolaridade superior completa, vinculados a planos de carreira e que possuíam outro emprego além do atual na UBS.

A Tabela 3 apresenta a análise estratificada para as regiões Sul e Nordeste. No Sul, as práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade foram significativamente mais prevalentes entre trabalhadores do sexo feminino (RP 1,17; IC95%: 1,01 – 1,34), odontólogos (RP 1,45; IC95%: 1,13 – 1,87), capacitados na atenção à saúde da criança (RP 1,20; IC95%: 1,01 – 1,42) e no manejo de doenças crônicas (RP 1,33; IC95%: 1,11 – 1,59) e mais satisfeitos com reuniões comunitárias (RP 1,57; IC95%: 1,35 – 1,82). Inversamente, a probabilidade de realização de práticas na comunidade foi menor entre trabalhadores com 50 anos ou mais de idade, de escolaridade média completa, superior incompleta e completa, vinculados a plano de carreira e com outro emprego além do atual na UBS. Já no Nordeste, se associaram positivamente ao desfecho as variáveis: capacitação no manejo de doenças crônicas (RP 1,29; IC95%: 1,19 – 1,39), utilização de protocolos (RP 1,20; IC95%: 1,12 – 1,28) e UBS vinculada ao ensino (RP 1,21; IC95%: 1,13 – 1,29). De forma contrária, as práticas na comunidade no Nordeste foram menos frequentes entre os trabalhadores mais escolarizados, de 30 anos ou mais de idade, vinculados a plano de carreira e que possuíam outro emprego além do atual na UBS.

Na análise bruta e ajustada da amostra de trabalhadores conforme o modelo de atenção encontrou-se que, no PSF, a prevalência de práticas na comunidade foi mais frequente entre os odontólogos (RP 1,28; IC95%: 1,15 – 1,43), aqueles com tempo de atuação na UBS maior de dois e menor de 10 anos (RP 1,28; IC95%: 1,15 – 1,43), os capacitados no manejo de

doenças crônicas (RP 1,08; IC95%: 1,02 – 1,14), que utilizavam protocolos para realizar suas atividades na UBS (RP 1,14; IC95%: 1,08 – 1,20), os mais satisfeitos com a reunião comunitária (RP 1,11; IC95%: 1,04 – 1,19) e os satisfeitos com sua saúde (RP 1,15; IC95%: 1,04 – 1,29). Nesse sentido, no modelo Tradicional, o destaque foi para os trabalhadores capacitados no manejo de doenças crônicas (RP 1,66; IC95%: 1,23 – 2,23), que utilizavam protocolos (RP 1,31; IC95%: 1,11 – 1,56) e trabalhavam em UBS de ensino (RP 1,32; IC95%: 1,12 – 1,56). As práticas na comunidade foram menos frequentes entre os auxiliares e técnicos de enfermagem e consultório dentário do PSF e entre os trabalhadores mais escolarizados, com outro emprego além do atual na UBS e de 30 ou mais de idade das UBS Tradicionais (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A proposta de olhar para a saúde da população assegurando-se tanto a integralidade quanto a equidade exige que a atuação dos trabalhadores da ABS não se restrinja apenas às atividades realizadas na UBS. Estes novos formatos de produção de ações de saúde indicam que as práticas profissionais devem ocorrer também nos domicílios e demais espaços comunitários. A partir do contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade é possível não apenas organizar ações mais flexíveis e adaptadas às particularidades dos grupos sociais como também enfrentar a incorporação das heterogeneidades, das desigualdades sociais e diferentes necessidades de saúde<sup>6,8,11,14,24</sup>.

A prevalência de participação dos trabalhadores em práticas de saúde na comunidade encontrada neste estudo foi de 62,7%. Embora pareça elevada há de se considerar que foi investigada para um período de doze meses e com diferenciais acentuados entre a atenção básica Tradicional (37,7%) e o PSF (75,5%). Considerando que entre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família está o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários<sup>1</sup> esperar-se-ia uma prevalência ainda maior no PSF.

Estudos apontam que embora as equipes de saúde se esforcem em realizar atividades de caráter coletivo, ainda é baixa a participação dos trabalhadores em grupos e instituições locais com vistas à resolução dos problemas da população. Isso evidencia a escassez de atividades participativas com a comunidade e indica que os profissionais das equipes de saúde utilizam grande parte do seu tempo atendendo a demanda espontânea<sup>8,12,15,25</sup>. Alguns fatores como o despreparo da gestão, que ainda reitera a lógica quantitativa de produção, a priorização do atendimento a demanda e a inadequação da formação e capacitação profissional podem dificultar a inserção dos trabalhadores em práticas na comunidade. Especificamente quanto à formação tem sido constatado ainda que o perfil dos profissionais egressos dos cursos não é adequado o suficiente para uma atuação integral<sup>10,13,26</sup>.

A prática de saúde mais realizada na comunidade independente da região ou modelo de atenção, foi a educação em saúde em datas festivas, palestras e grupos, sendo referida por 67% dos trabalhadores, corroborando as evidências sobre o tema que apontam as atividades extramuros de promoção da saúde e prevenção de doenças como as mais incorporadas pelas equipes<sup>14,27</sup>. Entre os demais tipos de práticas foi evidenciado o escasso envolvimento dos trabalhadores junto ao controle social, contrariando, portanto, o referencial normativo do SUS<sup>28,29,30</sup>. Na atualidade apesar de se encontrarem Conselhos Municipais de Saúde

constituídos na maioria dos municípios brasileiros, a sua capacidade de exercer o controle social ainda é baixa<sup>29</sup>.

No presente estudo encontrou-se que a exposição mais favorecedora da realização de práticas profissionais na comunidade foi a capacitação no manejo de doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Os trabalhadores que realizaram esta capacitação tiveram uma probabilidade 30% maior para a realização de práticas na comunidade. Este achado pode ser explicado pela importância epidemiológica destas doenças e as políticas públicas implementadas para seu adequado controle, sendo uma das estratégias a ampliação da capacitação dos profissionais de saúde<sup>27,31</sup>. Dentre as medidas necessárias para o enfrentamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus está a formação de grupos de educação em saúde e a promoção de caminhadas coletivas<sup>14,32,33</sup>.

Outro fator associado ao desfecho foi a utilização de protocolo pelos trabalhadores de saúde para suas atividades profissionais. A estruturação dos programas de saúde em ABS tradicionalmente envolve a produção e divulgação de protocolos clínicos aos serviços de saúde. O conteúdo de tais documentos visa, entre outros aspectos, estimular a adoção de práticas de promoção à saúde e de prevenção como estratégias de controle dos agravos à saúde. Em um estudo realizado na Espanha, Ribeira mostrou que profissionais que usam protocolos se diferenciam dos demais em relação ao incentivo de estilos de vida saudável. Estas diferenças são principalmente devidas ao conhecimento adquirido e reconhecimento da importância do tema para a saúde dos seus pacientes e de si próprio<sup>34</sup>.

A satisfação com as reuniões comunitárias também se associou à maior prevalência de práticas de saúde na comunidade. As reuniões comunitárias são o espaço onde os trabalhadores de saúde procuram estimular a participação social através de momentos de discussão junto às famílias e aos grupos da comunidade. Também visam a construção da cidadania, a transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade<sup>17,31</sup>. A satisfação dos trabalhadores com as reuniões pode expressar real envolvimento com a comunidade no levantamento de seus problemas e planejamento de ações em conjunto com a equipe.

De acordo com a função na UBS, neste estudo os trabalhadores com maior probabilidade de sair do âmbito do serviço para realizar práticas de saúde na comunidade foram os odontólogos do PSF do Sul do país. Embora as atividades curativas tenham maior prevalência na prática dos odontólogos, a valorização das ações preventivas e de educação em saúde bucal se faz presente entre as equipes na atualidade<sup>35</sup>.

A diferença encontrada quanto ao sexo, indicando maior realização de práticas profissionais na comunidade pelas mulheres pode ser explicada pela tendência atual da feminilização da força de trabalho em saúde no Brasil<sup>8,10,13,27,36</sup>.

Os trabalhadores de UBS Tradicionais do Nordeste vinculadas a instituições de ensino tiveram maior frequência de realização de práticas de saúde na comunidade. Este achado pode ser um indicador do efetivo comprometimento das instituições de ensino com o desenvolvimento de recursos humanos para a atenção básica independente do modelo de atenção<sup>10</sup>.

Em relação ao tempo de atuação na UBS acredita-se que associação encontrada entre maior tempo de atuação na UBS e probabilidade maior de realização de práticas na comunidade se deva a formação de vínculos entre profissional e comunidade e o comprometimento com a população. Estudos referem que a alta rotatividade das equipes, especialmente no PSF impede a formação de vínculos e o desenvolvimento de novas práticas profissionais, voltadas para família e comunidade<sup>10,31,36</sup>.

A associação positiva encontrada entre realização de práticas na comunidade e a satisfação do trabalhador com a sua saúde parece consistente com a literatura que mostra que os mais satisfeitos são mais ativos, mais interessados na sua saúde e na saúde de seus pacientes<sup>34</sup>.

Os resultados do estudo mostram que é necessário ampliar as ações das equipes junto à comunidade, particularmente aquelas associadas ao controle e ações sociais, considerando que a ABS é o nível do sistema de saúde que possibilita a construção de práticas que efetivamente respondem às demandas da sociedade. Embora no PSF a participação dos trabalhadores em práticas na comunidade seja maior, ainda está distante das expectativas. É preciso ainda estimular e institucionalizar a participação da comunidade nas políticas públicas visando prioritariamente a elaboração de um plano local de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença.

## **AGRADECIMENTOS**

Os autores agradecem aos gestores, coordenadores de atenção básica à saúde e do Programa Saúde da Família, e aos trabalhadores das unidades básicas da saúde o apoio prestado à realização do estudo. O presente artigo integra o Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, financiado pelo Ministério da Saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.
2. World Health Organization. Primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde; 2002.
4. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquaryol MZ, Almeida FN. In: Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86
5. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
7. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2001;35:303-11.
8. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Publica 2006;22(9):1881-92.
9. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 144p.
10. Gil CRR. Formação de recursos humanos em Saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública 2005;21(2):490-98.
11. Carneiro Junior N, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. Saúde e Sociedade 2006; 15(3):30-39.
12. Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da família em Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008;24 Sup 1:S29-41.

13. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15(3):7-18.
14. Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2007;(23):655-66.
15. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(5):713-20.
16. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP* 2006;40(4):533-39.
17. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(2):333-45.
18. Ministério da saúde. PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Teixeira V, Silveira D, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(1):159-72.
20. Levy P, Lemeshow S. Sampling for health professionals. Belmont, 1980.
21. Lemeshow S, Hosmer D. Adequacy of sample size in health studies. Chichester, 1990.
22. Lwanga S, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva; 1991.
23. Mari JJ, Iacoponi E, Williams P, Simões O, Silva JBT. Distúrbios psiquiátricos e assistência primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1987;21:501-07.
24. Starfield B. Global Health, Equity, and Primary Care. *J Am Board Fam Med* 2007; 20(6):511-13.
25. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá – Paraná. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(1):65-72.
26. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(6):1171-81.
27. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2):164-76.

28. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional; 1990.
29. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(3):401-12.
30. Crevelin MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(2):323-31.
31. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
32. Peterson JA. Get moving! Physical activity counseling in primary care. *J Am Acad Nurse Pract* 2007;19:349-57.
33. Siqueira FV, Nahas M V, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2009;25(1):203-13.
34. Ribeiro AP, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. *Eur J Public Health* 2005;15(6):569-75.
35. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Cienc Odontol Bras* 2007;10(3): 53-60.
36. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

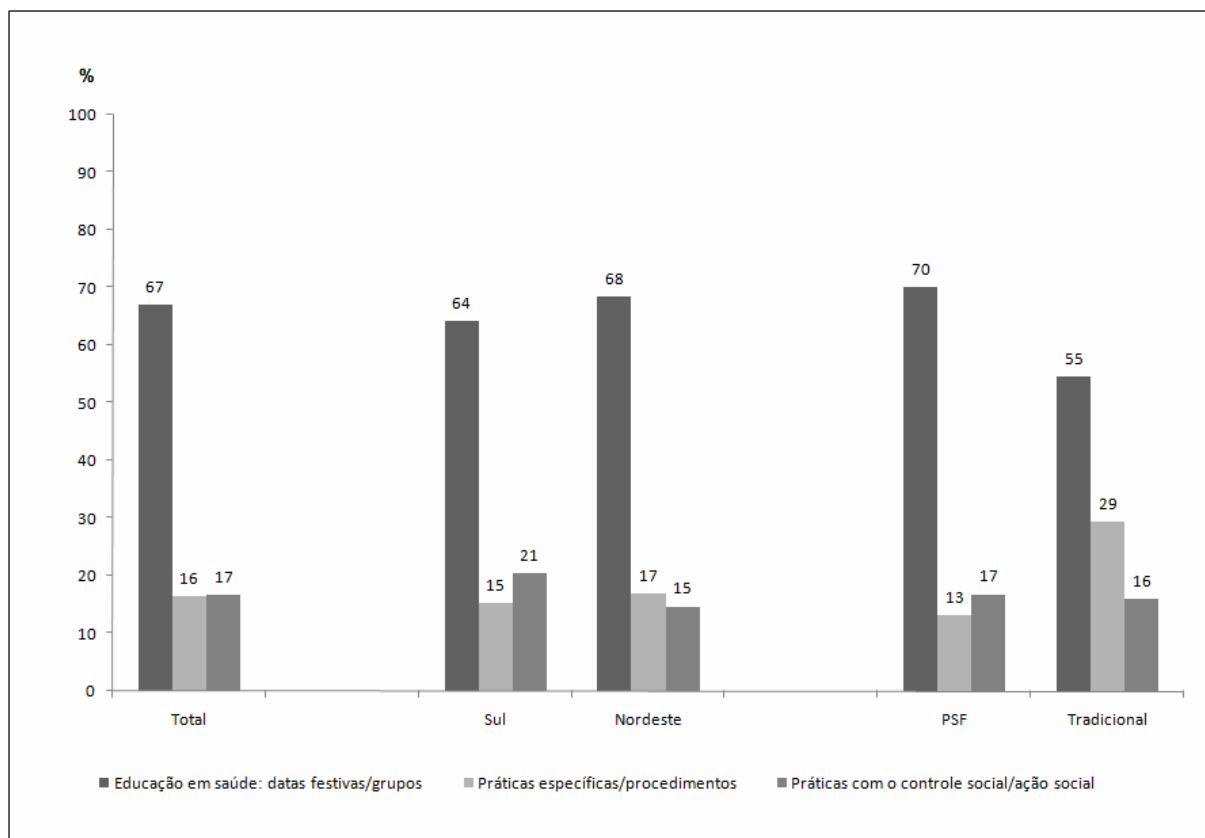


Figura 1. Prevalência dos tipos de práticas realizadas pelos trabalhadores de Saúde da Atenção Básica na comunidade total, de acordo com a região e o modelo de atenção, 2005.

**Tabela 1. Descrição das variáveis independentes na amostra de trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) C.**

Variáveis	Total		Sul		Nordeste		P	PSF		Tradicional		P
	(%)	N	(%)	N	(%)	N		(%)	N	(%)	N	
<b>Sexo</b>							0,04					<0,001
Masculino	16,7	620	18,3	267	15,7	353		15,0	362	20,0	258	
Feminino	83,3	3087	81,7	1192	84,3	1895		85,0	2053	80,0	1034	
<b>Idade (anos)</b>							0,31 <sup>T</sup>					<0,001 <sup>T</sup>
16 a 29	25,8	935	27,1	394	25,0	559		29,7	713	18,7	240	
30 a 49	61,2	2257	59,8	868	62,1	1389		60,4	1452	62,9	805	
50 a 82	13,0	479	13,1	190	12,9	289		9,9	283	18,7	241	
<b>Escolaridade</b>							<0,001 <sup>T</sup>					<0,001 <sup>T</sup>
Fundamental incompleto	1,8	66	2,2	32	1,5	34		1,9	46	1,5	20	
Fundamental completo	4,4	162	4,4	64	4,3	98		5,1	124	2,9	38	
Médio incompleto	7,4	275	9,2	134	6,2	141		8,6	209	5,1	66	
Médio completo	43,1	1604	35,9	523	47,8	1081		45,7	1104	38,5	500	
Superior incompleto	6,3	236	7,4	107	5,7	129		6,5	158	6,0	78	
Superior completo	37,0	1375	40,9	595	34,4	780		32,1	777	46,0	598	
<b>Atividade profissional na UBS<sup>#</sup></b>							<0,001					<0,001
Agentes Comunitários de Saúde	41,0	1536	32,7	478	46,3	1058		48,6	1182	27,0	354	
Auxiliar/técnico de enfermagem e	25,1	938	29,2	428	22,4	510		22,6	550	29,6	388	
Auxiliar/técnico de consultório dentário												
Médico	13,9	521	18,2	266	11,2	255		10,7	260	19,9	261	
Enfermeiro	9,1	341	11,1	162	7,9	255		10,0	243	7,5	98	
Odontólogo	6,4	239	5,9	87	6,7	179		5,8	141	7,5	98	
Outros de nível superior	4,5	168	2,9	43	5,5	152		2,3	57	8,5	111	
<b>Regime de trabalho precarizado</b>							<0,001					<0,001
Não	61,2	2210	73,1	1034	53,6	1176		58,0	1362	67,2	848	
Sim	38,8	1399	26,9	380	46,4	1019		42,0	985	32,8	414	

**Tabela 1 (continuação)**

Variáveis	Total		Sul		Nordeste		P	PSF		Tradicional		P
	(%)	N	(%)	N	(%)	N		(%)	N	(%)	N	
<b>Vinculação a plano de carreira</b>							0,15					<0,001
Não	85,1	2900	86,3	1123	84,5	1777		89,4	2022	76,7	878	
Sim	14,9	506	13,7	179	15,5	327		10,6	239	23,3	267	
<b>Primeiro emprego</b>							<0,001					0,75
Não	75,6	2800	83,4	1204	70,7	1596		75,8	1826	75,3	974	
Sim	24,4	902	16,6	240	29,3	662		24,2	583	24,7	319	
<b>Outro emprego além do atual na UBS</b>							0,08					<0,001
Não	76,1	2805	77,7	1120	75,2	1685		81,9	1974	65,2	831	
Sim	23,9	879	22,3	322	24,8	557		18,1	435	34,8	444	
<b>Tempo de atuação na UBS em tercís</b>							<0,001 <sup>T</sup>					<0,001 <sup>T</sup>
Até 24 meses	52,0	1881	62,7	892	45,1	989		57,5	1368	41,6	513	
De 25 a 108 meses	37,2	1344	29,3	417	42,3	927		36,6	870	38,4	474	
109 meses ou mais	10,8	389	7,9	113	12,6	276		6,0	142	20,0	247	
<b>Capacitação profissional em saúde da mulher</b>							<0,001					<0,001
Não	44,9	1192	40,0	422	48,2	770		41,8	746	51,4	446	
Sim	55,1	1460	60,0	633	51,8	827		58,2	1039	48,6	421	
<b>Capacitação profissional em saúde da criança</b>							0,02					<0,001
Não	42,3	1156	40,8	432	43,3	724		38,1	705	51,0	451	
Sim	57,7	1576	59,2	628	56,7	948		61,9	1143	49,0	433	
<b>Capacitação profissional no manejo de doenças crônicas</b>							0,05					<0,001
Não												
Sim	42,0	1145	39,7	425	43,5	720		37,9	698	50,5	447	
	58,0	1583	60,3	646	56,5	937		62,1	1144	49,5	439	
<b>Utilização de protocolos pelo profissional</b>							<0,001					<0,001
Não	52,6	1859	60,9	839	47,2	1020		50,1	1165	57,2	694	
Sim	47,4	1678	39,1	538	52,8	1140		49,9	1159	42,8	519	

**Tabela 1 (continuação)**

Variáveis	Total		Sul		Nordeste		P	PSF		Tradicional		P
	(%)	N	(%)	N	(%)	N		(%)	N	(%)	N	
<b>Satisfação com as reuniões comunitárias nota 0 a 10 em tercis</b>							0,11 <sup>T</sup>					<0,001 <sup>T</sup>
0 a 4,0	33,7	1116	33,5	436	33,9	680		27,1	630	49,4	486	
4,1 a 7,0	37,7	1248	36,0	469	38,8	779		40,4	939	31,4	309	
7,1 a 10,0	28,6	946	30,5	397	27,3	549		32,6	758	19,1	188	
<b>Vinculação da UBS com ensino</b>							0,02					<0,001
Não	48,0	1743	45,6	621	49,5	1122		40,0	944	63,1	799	
Sim	52,0	1886	54,4	742	50,5	1144		60,0	1418	36,9	468	
<b>Satisfação com a saúde</b>							0,001 <sup>T</sup>					0,06 <sup>T</sup>
Insatisfeito	10,0	371	12,0	173	8,8	198		9,9	238	10,4	133	
Indiferente	23,1	854	24,2	348	22,4	506		24,3	586	20,9	268	
Satisfeito	66,9	2469	63,7	916	68,8	1553		65,8	1585	68,8	884	
<b>Transtornos mentais comuns (SRQ*)</b>							0,41					0,06
Negativo	84,5	2833	85,2	1121	84,1	1712		83,7	1826	86,2	1010	
Positivo	15,5	518	14,8	195	15,9	323		16,3	356	13,8	162	

# UBS = Unidade Básica de Saúde; \*SRQ = Self Report Questionnaire; <sup>T</sup> = Teste de Wald para Tendência.

**Tabela 2. Prevalência de atividades na comunidade conforme as variáveis independentes, análise bruta e ajustada da amostra de trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.**

Variável (Nível)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP(IC95%)	P	RP(IC95%)	P
<b>Sexo (1)</b>			<0,001		0,02
Masculino	55,2	1,00		1,00	
Feminino	64,4	1,17 (1,08 – 1,26)		1,17 (1,01 – 1,34)	
<b>Idade em anos (1)</b>			< 0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
16 a 29	68,5	1,00		1,00	
30 a 49	63,1	0,92 (0,87 – 0,97)		0,94 (0,85 – 1,04)	
50 ou +	49,3	0,72 (0,65 – 0,80)		0,76 (0,63 – 0,90)	
<b>Escolaridade (1)</b>			< 0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
Fundamental incompleto	69,5	1,00		1,00	
Fundamental completo	74,2	1,07 (0,88 – 1,30)		1,02 (0,85 – 1,24)	
Médio incompleto	71,3	1,02 (0,85 – 1,24)		0,98 (0,82 – 1,17)	
Médio completo	67,5	0,97 (0,82 – 1,15)		0,92 (0,78 – 1,08)	
Superior incompleto	63,2	0,91 (0,75 – 1,11)		0,84 (0,69 – 1,01)	
Superior completo	54,0	0,78 (0,65 – 0,93)		0,76 (0,64 – 0,90)	



**Tabela 2 (continuação)**

Variável (Nível)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP(IC95 %)	P	RP(IC95 %)	P
<b>Atividade profissional na UBS<sup>#</sup> (2)</b>			< 0,001		0,70
Agentes Comunitários de Saúde	79,4	1,00		1,00	
Auxiliar / Técnico de enfermagem e Auxiliar / Técnico de consultório dentário	47,2	0,60 (0,55 – 0,64)		0,77 (0,69 – 0,87)	
Médico	40,0	0,50 (0,45 – 0,56)		0,74 (0,63 – 0,87)	
Enfermeiro	68,0	0,86 (0,79 – 0,93)		0,97 (0,87 – 1,09)	
Odontólogo	64,0	0,81 (0,73 – 0,89)		1,17 (1,01 – 1,34)	
Outros de nível superior	45,3	0,57 (0,48 – 0,68)		0,73 (0,53 – 0,97)	
<b>Regime de trabalho precarizado (2)</b>			<0,001		0,42
Não	56,4	1,00		1,00	
Sim	72,1	1,28 (1,22 – 1,35)		1,02 (0,97 – 1,08)	
<b>Vinculação a plano de carreira (2)</b>			<0,001		<0,001
Não	66,7	1,00		1,00	
Sim	48,0	0,72 (0,65 – 0,79)		0,81 (0,72 – 0,90)	
<b>Primeiro emprego (2)</b>			0,74		0,69
Não	62,8	1,00		1,00	
Sim	62,2	0,99 (0,93 – 1,05)		0,99 (0,92 – 1,06)	

**Tabela 2 (continuação)**

Variável (Nível)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP(IC95%)	P	RP(IC95%)	P
<b>Outro emprego além do atual na UBS (2)</b>			< 0,001		<0,001
Não	68,9	1,00		1,00	
Sim	43,1	0,63 (0,58 – 0,68)		0,82 (0,74 – 0,90)	
<b>Tempo de atuação na UBS em tercis (2)</b>			0,001 <sup>T</sup>		0,71 <sup>T</sup>
Até 24 meses	63,7	1,00		1,00	
De 25 a 108 meses	66,4	1,04 (0,99 – 1,10)		1,04 (0,98 – 1,10)	
109 meses ou mais	48,0	0,75 (0,67 – 0,84)		0,98 (0,86 – 1,11)	
<b>Capacitação profissional em saúde da mulher (2)</b>			< 0,001		0,94
Não	52,5	1,00		1,00	
Sim	74,7	1,42 (1,34 – 1,52)		1,00 (0,90 – 1,11)	
<b>Capacitação profissional em saúde da criança (2)</b>			< 0,001		0,12
Não	51,4	1,00		1,00	
Sim	75,7	1,47 (1,38 – 1,57)		1,07 (0,98 – 1,16)	
<b>Capacitação profissional no manejo de doenças crônicas (2)</b>			< 0,001		<0,001
Não	49,2	1,00		1,00	
Sim	75,5	1,53 (1,43 – 1,64)		1,30 (1,20 – 1,42)	

**Tabela 2 (continuação)**

Variável (Nível)	Análise Bruta			Análise Ajustada	
	%	RP(IC95 %)	P	RP(IC95 %)	P
<b>Utilização de protocolos pelo profissional (2)</b>			< 0,001		<0,001
Não	56,8	1,00		1,00	
Sim	69,2	1,22 (1,16 – 1,28)		1,20 (1,14 – 1,27)	
<b>Satisfação com as reuniões comunitárias nota 0 a 10 em tercís (2)</b>			< 0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
	54,8	1,00		1,00	
0 a 4,0	70,2	1,28 (1,20 – 1,37)		1,16 (1,07 – 1,24)	
4,1 a 7,0	76,3	1,39 (1,30 – 1,49)		1,20 (1,12 – 1,29)	
7,1 a 10,0					
<b>Vinculação da UBS com ensino (2)</b>			0,03		<0,001
Não	60,8	1,00		1,00	
Sim	64,4	1,06 (1,01 – 1,12)		1,12 (1,05 – 1,18)	
<b>Satisfação com a saúde (3)</b>			0,10 <sup>T</sup>		0,16 <sup>T</sup>
Insatisfeito	57,5	1,00		1,00	
Indiferente	63,2	1,10 (0,99 – 1,22)		1,04 (0,93 – 1,16)	
Satisfeito	63,4	1,10 (1,00 – 1,21)		1,07 (0,96 – 1,18)	
<b>Transtornos mentais comuns (SRQ*) (3)</b>			0,51		0,41
Negativo	62,2	1,00		1,00	
Positivo	63,8	1,02 (0,95 – 1,10)		1,03 (0,95 – 1,13)	

<sup>#</sup> UBS = Unidade Básica de Saúde; \*SRQ = Self Report Questionnaire; <sup>T</sup> = Teste de Wald para Tendência.

**Tabela 3. Prevalência de atividades na comunidade, análise bruta e ajustada da amostra de trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde conforme a região Sul e Nordeste do Brasil, 2005.**

Variáveis (nível)	Região Sul					Região Nordeste				
	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P
<b>Sexo (1)</b>			<0,001		0,04			0,07		0,22
Masculino	46,3	1,00		1,00		61,6	1,00		1,00	
Feminino	60,2	1,30 (1,12 – 1,50)		1,17 (1,01 – 1,34)		67,0	1,09 (0,99 – 1,19)		1,06 (0,97 – 1,16)	
<b>Idade em anos (1)</b>			<0,001 <sup>T</sup>		0,003 <sup>T</sup>			<0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
16 a 29	62,3	1,00		1,00		72,8	1,00		1,00	
30 a 49	58,7	0,93 (0,85 – 1,03)		0,94 (0,85 – 1,04)		66,2	0,91 (0,85 – 0,97)		0,91 (0,86 – 0,97)	
50 ou +	45,7	0,73 (0,61 – 0,88)		0,76 (0,63 – 0,90)		51,7	0,71 (0,63 – 0,81)		0,73 (0,65 – 0,84)	
<b>Escolaridade (1)</b>			<0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>			<0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
Fundamental incompleto	75,7	1,00		1,00		63,3	1,00		1,00	
Fundamental completo	72,9	0,96 (0,74 – 1,24)		0,95 (0,73 – 1,22)		75,0	1,18 (0,88 – 1,59)		1,15 (0,86 – 1,55)	
Médio incompleto	65,9	0,87 (0,68 – 1,11)		0,85 (0,67 – 1,07)		76,3	1,20 (0,90 – 1,61)		1,15 (0,86 – 1,53)	
Médio completo	60,5	0,80 (0,64 – 0,99)		0,77 (0,63 – 0,96)		70,8	1,12 (0,85 – 1,47)		1,06 (0,81 – 1,39)	
Superior incompleto	58,2	0,77 (0,59 – 1,00)		0,72 (0,55 – 0,94)		67,2	1,06 (0,79 – 1,43)		0,98 (0,73 – 1,32)	
Superior completo	51,1	0,67 (0,54 – 0,84)		0,69 (0,55 – 0,56)		56,3	0,89 (0,67 – 1,17)		0,87 (0,66 – 1,15)	
<b>Atividade profissional na UBS (2)</b>			<0,001		0,01			<0,001		0,39
Agentes Comunitários de Saúde	75,9	1,00		1,00		81,6	1,00		1,00	
Auxiliar / Técnico de enfermagem e Auxiliar / Técnico de consultório dentário	72,9	0,64 (0,57 – 0,72)		0,85 (0,72 – 1,00)		47,1	0,58 (0,52 – 0,64)		0,75 (0,65 – 0,86)	
Médico	65,9	0,48 (0,41 – 0,57)		0,80 (0,61 – 1,04)		44,4	0,54 (0,47 – 0,63)		0,85 (0,70 – 1,02)	
Enfermeiro	60,5	0,86 (0,76 – 0,98)		1,04 (0,85 – 1,28)		71,4	0,88 (0,79 – 0,97)		0,99 (0,86 – 1,14)	
Odontólogo	58,2	0,87 (0,75 – 1,04)		1,45 (1,13 – 1,87)		62,9	0,77 (0,68 – 0,88)		1,17 (0,99 – 1,38)	
Outros de nível superior	51,1	0,82 (0,64 – 1,05)		1,40 (0,98 – 2,00)		39,8	0,49 (0,39 – 0,61)		0,68 (0,50 – 0,92)	

Tabela 3 (continuação)

Variáveis (nível)	Região Sul					Região Nordeste				
	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P
<b>Regime de trabalho precarizado (2)</b>			0,003		0,71			<0,001		0,78
Não	55,6	1,00		1,00		57,0	1,00		1,00	
Sim	64,4	1,16 (1,05 – 1,27)		1,02 (0,91 – 1,14)		75,0	1,32 (1,24 – 1,40)		0,99 (0,92 – 1,06)	
<b>Vinculação a plano de carreira (2)</b>			0,007		0,02			<0,001		<0,001
Não	60,4	1,00		1,00		70,5	1,00		1,00	
Sim	48,2	0,80 (0,68 – 0,94)		0,81 (0,67 – 0,97)		47,8	0,68 (0,60 – 0,77)		0,77 (0,68 – 0,88)	
<b>Primeiro emprego (2)</b>			0,17		0,94			0,76		0,26
Não	58,5	1,00		1,00		66,1	1,00		1,00	
Sim	53,3	0,91 (0,80 – 1,04)		0,99 (0,86 – 1,15)		65,4	0,99 (0,93 – 1,06)		0,96 (0,89 – 1,03)	
<b>Outro emprego além do atual na UBS (2)</b>			<0,001		0,04			<0,001		<0,001
Não	63,2	1,00		1,00		72,6	1,00		1,00	
Sim	39,6	0,63 (0,54 – 0,73)		0,83 (0,69 – 0,99)		45,2	0,62 (0,56 – 0,69)		0,80 (0,72 – 0,89)	
<b>Tempo de atuação na ubs em tercis (2)</b>			<0,001 <sup>T</sup>		0,25 <sup>T</sup>			0,10 <sup>T</sup>		0,27 <sup>T</sup>
Até 24 meses	62,3	1,00		1,00		64,8	1,00		1,00	
De 25 a 108 meses	52,5	0,84 (0,76 – 0,94)		0,97 (0,87 – 1,08)		72,5	1,12 (1,05 – 1,19)		1,07 (1,00 – 1,15)	
109 meses ou mais	42,0	0,67 (0,53 – 0,85)		0,84 (0,63 – 1,12)		50,4	0,78 (0,68 – 0,89)		1,02 (0,89 – 1,17)	
<b>Capacitação profissional em saúde da mulher (2)</b>			<0,001		0,45			<0,001		0,96
Não	46,0	1,00		1,00		56,0	1,00		1,00	
Sim	72,1	1,56 (1,39 – 1,76)		0,91 (0,72 – 1,16)		76,7	1,37 (1,27 – 1,47)		1,00 (0,90 – 1,12)	
<b>Capacitação profissional em saúde da criança (2)</b>			<0,001		0,04			< 0,001		0,46
Não	46,5	1,00		1,00		54,2	1,00		1,00	
Sim	72,5	1,56 (1,34 – 1,75)		1,20 (1,01 – 1,42)		77,8	1,43 (1,33 – 1,55)		1,03 (0,95 – 1,13)	

Tabela 3 (continuação)

Variáveis (nível)	Região Sul					Região Nordeste				
	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P
Capacitação profissional no manejo de doenças crônicas (2)			<0,001		0,002			< 0,001		< 0,001
Não	44,2	1,00		1,00		52,2	1,00		1,00	
Sim	72,6	1,64 (1,46 – 1,85)		1,33 (1,11 – 1,59)		77,4	1,48 (1,37 – 1,61)		1,29 (1,19 – 1,39)	
Utilização de protocolos pelo profissional (2)			<0,001		0,05			< 0,001		< 0,001
Não	54,3	1,00		1,00		58,9	1,00		1,00	
Sim	63,2	1,16 (1,06 – 1,28)		1,11 (1,00 – 1,22)		71,9	1,22 (1,15 – 1,30)		1,20 (1,12 – 1,28)	
Satisfação com as reuniões comunitárias nota 0 a 10 em tercís (2)			<0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>			<0,001 <sup>T</sup>		0,08 <sup>T</sup>
0 a 4,0	44,2	1,00		1,00		61,3	1,00		1,00	
4,1 a 7,0	63,0	1,43 (1,25 – 1,62)		1,38 (1,18 – 1,62)		74,4	1,21 (1,13 – 1,31)		1,09 (1,01 – 1,18)	
7,1 a 10,0	76,6	1,73 (1,53 – 1,96)		1,57 (1,35 – 1,82)		76,1	1,24 (1,15 – 1,34)		1,07 (0,99 – 1,17)	
Vinculação da UBS com ensino (2)			0,02		0,05			< 0,001		< 0,001
Não	60,1	1,00		1,00		60,8	1,00		1,00	
Sim	54,3	0,89 (0,81 – 0,98)		0,91 (0,82 – 1,00)		70,9	1,17 (1,10 – 1,24)		1,21 (1,13 – 1,29)	
Satisfação com a saúde (3)			0,02 <sup>T</sup>		0,09 <sup>T</sup>			0,84 <sup>T</sup>		1,00 <sup>T</sup>
Insatisfeito	50,3	1,00		1,00		63,9	1,00		1,00	
Indiferente	55,5	1,10 (0,92 – 1,32)		1,06 (0,87 – 1,30)		68,3	1,07 (0,95 – 1,21)		1,00 (0,88 – 1,13)	
Satisfeito	59,8	1,19 (1,01 – 1,40)		1,14 (0,95 – 1,38)		65,5	1,03 (0,92 – 1,15)		1,00 (0,88 – 1,13)	
Transtornos mentais comuns (SRQ*) (3)			0,73		0,28			0,62		0,65
Negativo	57,2	1,00		1,00		65,5	1,00		1,00	
Positivo	58,5	1,02 (0,90 – 1,17)		1,09 (0,94 – 1,26)		66,9	1,02 (0,94 – 1,11)		1,02 (0,94 – 1,11)	

T – Teste de Wald para Tendência

**Tabela 4. Prevalência de atividades na comunidade, análise bruta e ajustada da amostra detrabalhadores das Unidades Básicas de Saúde conforme o Modelo de Atenção, 2005.**

Variáveis (nível)	PSF					Tradicional				
	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P
<b>Sexo (1)</b>			0,29		0,44			0,001		0,09
Masculino	73,2	1,00		1,00		27,3	1,00		1,00	
Feminino	76,0	1,04 (0,97 – 1,11)		1,03 (0,96 – 1,10)		40,4	1,48 (1,18 – 1,85)		1,22 (0,97 – 1,52)	
<b>Idade em anos (1)</b>			0,97 <sup>T</sup>		0,86 <sup>T</sup>			<0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
16 a 29	75,0	1,00		1,00		48,9	1,00		1,00	
30 a 49	75,8	1,01 (0,96 – 1,06)		1,01 (0,96 – 1,07)		38,8	0,79 (0,68 – 0,93)		0,81 (0,70 – 0,95)	
50 ou +	74,3	0,99 (0,91 – 1,08)		1,00 (0,91 – 1,09)		22,9	0,47 (0,35 – 0,62)		0,51 (0,38 – 0,68)	
<b>Escolaridade (1)</b>			0,07 <sup>T</sup>		0,07 <sup>T</sup>			<0,001 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>
Fundamental incompleto	81,4	1,00		1,00		37,5	1,00		1,00	
Fundamental completo	78,8	0,97 (0,82 – 1,15)		0,97 (0,82 – 1,15)		57,6	1,54 (0,76 – 3,08)		1,37 (0,71 – 2,64)	
Médio incompleto	78,1	0,96 (0,82 – 1,13)		0,96 (0,82 – 1,13)		47,4	1,26 (0,63 – 2,52)		1,11 (0,58 – 2,14)	
Médio completo	76,1	0,93 (0,81 – 1,08)		0,93 (0,81 – 1,08)		47,8	1,28 (0,67 – 2,42)		1,04 (0,57 – 1,92)	
Superior incompleto	72,5	0,89 (0,75 – 1,06)		0,89 (0,75 – 1,06)		43,7	1,16 (0,59 – 2,31)		0,90 (0,46 – 1,74)	
Superior completo	74,2	0,91 (0,79 – 1,06)		0,91 (0,79 – 1,06)		26,0	0,69 (0,36 – 1,33)		0,63 (0,34 – 1,17)	
<b>Atividade profissional na UBS (2)</b>			0,07		0,02			<0,001		0,46
Agentes Comunitários de Saúde	80,9	1,00		1,00		74,2	1,00		1,00	
Auxiliar / Técnico de enfermagem e Auxiliar / Técnico de consultório dentário	65,6	0,81 (0,76 – 0,87)		0,90 (0,81 – 0,98)		19,4	0,26 (0,21 – 0,33)		0,39 (0,27 – 0,57)	
Médico	64,8	0,80 (0,73 – 0,88)		0,87 (0,76 – 1,00)		12,6	0,17 (0,12 – 0,24)		0,26 (0,13 – 0,52)	
Enfermeiro	77,2	0,95 (0,89 – 1,03)		0,99 (0,88 – 1,10)		44,7	0,60 (0,48 – 0,76)		0,68 (0,46 – 1,00)	
Odontólogo	87,7	1,08 (1,01 – 1,16)		1,28 (1,15 – 1,43)		27,8	0,37 (0,27 – 0,53)		0,57 (0,30 – 1,08)	
Outros de nível superior	66,1	0,82 (0,66 – 0,99)		0,99 (0,80 – 1,24)		34,0	0,46 (0,35 – 0,60)		0,60 (0,36 – 1,00)	

Tabela 4 (continuação)

Variáveis (nível)	PSF					Tradicional				
	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P
<b>Regime de trabalho precarizado (2)</b>			0,003		0,72			<0,001		0,95
Não	73,0	1,00		1,00		28,0	1,00		1,00	
Sim	78,4	1,07 (1,03 – 1,13)		1,01 (0,96 – 1,07)		56,4	2,02 (1,75 – 2,33)		0,99 (0,82 – 1,21)	
<b>Vinculação a plano de carreira (2)</b>			0,30		0,07			<0,001		0,03
Não	76,2	1,00		1,00		44,0	1,00		1,00	
Sim	72,9	0,96 (0,88 – 1,04)		0,92 (0,83 – 1,01)		23,7	0,54 (0,42 – 0,69)		0,69 (0,49 – 0,97)	
<b>Primeiro emprego (2)</b>			0,23		0,49			0,13		0,13
Não	74,9	1,00		1,00		38,8	1,00		1,00	
Sim	77,3	1,03 (0,98 – 1,09)		1,02 (0,96 – 1,09)		33,8	0,87 (0,73 – 1,04)		0,84 (0,66 – 1,05)	
<b>Outro emprego além do atual na UBS (2)</b>			<0,001		0,13			<0,001		<0,001
Não	77,1	1,00		1,00		48,6	1,00		1,00	
Sim	68,1	0,88 (0,82 – 0,95)		0,94 (0,87 – 1,02)		16,8	0,35 (0,27 – 0,43)		0,44 (0,30 – 0,63)	
<b>Tempo de atuação na ubs em tercis (2)</b>			0,007 <sup>T</sup>		<0,001 <sup>T</sup>			0,46 <sup>T</sup>		0,94 <sup>T</sup>
Até 24 meses	73,5	1,00		1,00		35,8	1,00		1,00	
De 25 a 108 meses	78,6	1,07 (1,02 – 1,12)		1,08 (1,02 – 1,14)		43,2	1,20 (1,02 – 1,42)		1,04 (0,85 – 1,28)	
109 meses ou mais	78,6	1,07 (0,97 – 1,18)		1,15 (1,04 – 1,28)		30,0	0,83 (0,66 – 1,06)		0,98 (0,71 – 1,36)	
<b>Capacitação profissional em saúde da mulher (2)</b>			<0,001		0,61			<0,001		0,05
Não	69,5	1,00		1,00		23,0	1,00		1,00	
Sim	81,6	1,17 (1,11 – 1,24)		0,98 (0,91 – 1,05)		57,1	2,48 (2,04 – 3,02)		1,35 (1,00 – 1,83)	
<b>Capacitação profissional em saúde da criança (2)</b>			<0,001		0,90			<0,001		0,71
Não	69,0	1,00		1,00		22,7	1,00		1,00	
Sim	80,0	1,17 (1,10 – 1,24)		1,01 (0,91 – 1,11)		62,0	2,73 (2,26 – 3,31)		1,07 (0,74 – 1,56)	



Tabela 4 (continuação)

Variáveis (nível)	PSF					Tradicional				
	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P	%	Análise Bruta RP(IC95%)	P	Análise Ajustada RP(IC95%)	P
Capacitação profissional no manejo de doenças crônicas (2)			<0,001		<0,001			<0,001		0,001
Não	65,8	1,00		1,00		22,4	1,00		1,00	
Sim	82,0	1,25 (1,17 – 1,32)		1,19 (1,12 – 1,27)		57,9	2,58 (2,12 – 3,14)		1,66 (1,23 – 2,23)	
Utilização de protocolos pelo profissional (2)			<0,001		<0,001			<0,001		0,002
Não	70,8	1,00		1,00		32,3	1,00		1,00	
Sim	80,4	1,14 (1,08 – 1,19)		1,14 (1,08 – 1,20)		43,3	1,34 (1,15 – 1,56)		1,31 (1,11 – 1,56)	
Satisfação com as reuniões comunitárias nota 0 a 10 em tercís (2)			<0,001 <sup>T</sup>		0,002 <sup>T</sup>			<0,001 <sup>T</sup>		0,94 <sup>T</sup>
0 a 4,0	69,8	1,00		1,00		34,8	1,00		1,00	
4,1 a 7,0	77,1	1,10 (1,04 – 1,18)		1,04 (0,97 – 1,12)		49,2	1,41 (1,19 – 1,67)		1,18 (0,97 – 1,44)	
7,1 a 10,0	82,4	1,18 (1,11 – 1,26)		1,11 (1,04 – 1,19)		51,4	1,46 (1,22 – 1,78)		0,97 (0,76 – 1,23)	
Vinculação da UBS com ensino (2)			0,009		0,80			0,49		0,001
Não	78,1	1,00		1,00		38,5	1,00		1,00	
Sim	73,4	0,94 (0,90 – 0,98)		0,99 (0,94 – 1,05)		36,5	0,95 (0,81 – 1,11)		1,32 (1,12 – 1,56)	
Satisfação com a saúde (3)			0,001 <sup>T</sup>		0,005 <sup>T</sup>			0,57 <sup>T</sup>		0,94 <sup>T</sup>
Insatisfeito	68,9	1,00		1,00		35,8	1,00		1,00	
Indiferente	72,4	1,05 (0,95 – 1,16)		1,10 (0,98 – 1,24)		41,9	1,17 (0,89 – 1,55)		0,95 (0,70 – 1,29)	
Satisfeito	77,7	1,13 (1,03 – 1,23)		1,15 (1,04 – 1,29)		36,5	1,02 (0,79 – 1,31)		0,97 (0,73 – 1,30)	
Transtornos mentais comuns (SRQ*) (3)			0,09		0,97			0,008		0,53
Negativo	75,9	1,00		1,00		36,0	1,00		1,00	
Positivo	71,4	0,94 (0,88 – 1,01)		1,00 (0,92 – 1,09)		46,5	1,29 (1,07 – 1,56)		1,07 (0,87 – 1,31)	

T – Teste de Wald para Tendência

## 14 Considerações finais

Este estudo é certamente um dos primeiros realizados no Brasil sobre práticas de saúde dos trabalhadores na comunidade nos modelos de atenção básica. Envolveu uma amostra de trabalhadores de Unidades Básicas em duas importantes regiões, com uma abrangência significativa para um tema muito pouco explorado na literatura nacional. O estudo foi realizado com tamanho de amostra que garantiu um alto poder estatístico, para as análises propostas, mesmo aquelas estratificadas por modelo de atenção e região.

Os resultados permitiram conhecer informações relacionadas às características sociodemográficas, de saúde e ocupacionais dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde assim como sobre as práticas de saúde realizadas pela equipe fora do ambiente da UBS. Apresenta também as associações entre o desfecho estudado e as variáveis independentes indicando as diferenças em relação ao modelo de atenção e as regiões Sul e Nordeste, fornecendo dados relevantes aos gestores de saúde para a organização do sistema de saúde.

O estudo mostra que a prevalência da participação dos trabalhadores de saúde em práticas realizadas na comunidade, apesar de superar a hipótese levantada, ainda é baixa, considerando que esta atividade está prevista nas atividades comuns a todos os profissionais da Atenção Básica conforme normatizações do Sistema Único de Saúde. A educação em saúde em datas festivas, palestras e grupos foram as práticas mais desenvolvidas na comunidade no último ano em ambas as regiões e modelos de atenção à saúde.

Mostra também, que a exposição mais favorecedora da realização de práticas profissionais na comunidade foi a capacitação no manejo de doenças crônicas e que os odontólogos do PSF do Sul foram os trabalhadores com maior probabilidade de sair do âmbito do serviço para realizar práticas de saúde na comunidade. Outras variáveis também se associaram ao desfecho, como o sexo, indicando maior realização de práticas profissionais na comunidade pelas mulheres, a vinculação da UBS com instituição de ensino, o tempo de atuação na UBS e a satisfação do trabalhador com sua saúde.

Por fim, concluímos que este estudo atinge seu objetivo de descrever a prevalência da realização de práticas de saúde por parte dos trabalhadores fora do ambiente da UBS, assim como identificar as práticas realizadas, em duas

importantes regiões do Brasil, preenchendo uma lacuna até então existente na literatura nacional. A descrição dos tipos de práticas realizadas evidencia a necessidade de investimentos institucionais para a efetiva integração entre as equipes de saúde e a comunidade. Caracteriza-se ainda como um verdadeiro estudo de linha de base, em relação a temática, para a comparação com estudos futuros.



## **15 Anexos**

Anexo 1. Questionário para coleta de dados dos trabalhadores de saúde.

Anexo 2. Carta aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Anexo 3. Carta de autorização do coordenador da pesquisa.

## Anexo 1 Questionário para coleta de dados dos trabalhadores de saúde

	<b>Universidade Federal de Pelotas</b> <b>Centro de Pesquisas Epidemiológicas</b> <b>Departamento de Medicina Social</b> <b>Departamento de Enfermagem</b>  <b>Monitoramento e Avaliação do</b> <b>Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)</b>  <b>INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE</b>		<b>NÃO ESCREVER</b>  <b>NESTA COLUNA</b>
<b>BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL</b>			
<b>Estado:</b> ____ <b>Município:</b> _____ <b>Unidade de saúde:</b> _____ <b>Código da Unidade de Saúde (SIA/SUS):</b> ____-____-____ <b>Endereço:</b> _____  <b>Fone/Fax:</b> _____ <b>E-mail do entrevistado:</b> _____ <b>Nº do questionário:</b> ____-____-____ <b>Grupo:</b> (1) PSF pré PROESF    (2) PSF pós PROESF    (3 ) Mista    (4) AB Tradicional (5) Outra: _____			<b>ELOTE</b> ____-____-____  <b>EQUESDO</b> _____    <b>EGRUPO</b> ____
<b>BLOCO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>			
<b>E1. Qual a sua idade?</b> ____-____  <b>E2. Sexo:</b> (0) Masculino    (1) Feminino  <b>E3. Você estudou até:</b> (0) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto (1) Ensino Fundamental (1º grau) completo (2) Ensino Médio (2º grau) incompleto (3) Ensino Médio (2º grau) completo (4) Superior incompleto (5) Superior completo (6) Pós-graduação  <b>E4. Se você ESTÁ CURSANDO o 3º GRAU ou já COMPLETOU, qual o curso de graduação?</b> (1) Medicina                      (2) Enfermagem                      (3) Nutrição                      (4) Psicologia (5) Serviço Social                (6) Odontologia                      (8) NSA ( ) Outro: _____  <b>Há quanto tempo concluiu o 3º GRAU:</b> ____-____ (anos)    (88) NSA			<b>EIDADE</b> ____-____  <b>ESEXO</b> ____  <b>EESCOL</b> ____    <b>EGRAD</b> ____    <b>EGRADT</b> ____-____

<p><b>E5. Você tem pós-graduação:</b></p> <p>Residência médica            (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p> <p>Residência enfermagem       (0) Não    (1) Sim    (8) NSA</p> <p><b>SE SIM; Qual área?</b></p> <p>Especialização    (00) Não    (1) Sim: _____</p> <p>Mestrado            (00) Não    (1) Sim: _____</p> <p>Doutorado           (00) Não    (1) Sim: _____</p>	<p>EPÓSGRM____</p> <p>EPÓSGRE____</p> <p>EESPCL____</p> <p>EMSTADO____</p> <p>EDTRADO____</p>
<p><b>E6. Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau?</b></p> <p>____ anos    (00) menos de 1 ano</p>	<p>EQTTP____</p>
<p><b>E7. Qual sua atividade profissional nesta Unidade de Saúde?</b></p> <p>(1) Auxiliar administrativo/ burocrata/ recepcionista</p> <p>(2) Auxiliar de enfermagem</p> <p>(3) Técnico de enfermagem</p> <p>(4) Enfermeiro</p> <p>(5) Médico</p> <p>(6) Serviços Gerais/ Servente</p> <p>(7) Agente Comunitário de Saúde</p> <p>(8) Outro profissional de nível superior: _____</p> <p>(9) _____</p>	<p>EATIV____</p>
<p><b>E8. Este é seu primeiro emprego?</b>            (0) Não            (1) Sim</p> <p><b>SE NÃO: Qual(is) a(s) suas experiência(s) anterior(es):</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>E1EMPREG____</p> <p>ETIPEPV____</p>
<p><b>E9. Você ingressou neste emprego através de:</b></p> <p>(01) Concurso público</p> <p>(02) Seleção interna na Instituição</p> <p>(03) Seleção externa</p> <p>(04) Indicação</p> <p>( ) Outro _____</p>	<p>EINGEMP____</p>
<p><b>E10. Seu regime de trabalho neste emprego é:</b></p> <p>(01) estatutário</p> <p>(02) CLT</p> <p>(03) Contrato temporário</p> <p>(04) Cargo Comissionado</p> <p>(05) Bolsa</p> <p>(06) Prestação de Serviços</p> <p>(07) Cooperado</p> <p>(08) Contrato Informal</p> <p>(09) Contrato Verbal</p> <p>( )</p> <p>Outros _____</p>	<p>EREGIW____</p>

<p><b>E11. Você está satisfeito com a sua forma de vínculo empregatício?</b>          (0) Não    (1) Sim</p> <p><b>SE NÃO, comente o que poderia melhorar?</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>ESTSREGW__</p>
<p><b>E12. Carga horária Contratada nesta UBS:</b> ____ horas semanais</p>	<p>ECONTRAT ____</p>
<p><b>E13. Carga horária Cumprida nesta UBS:</b> ____ horas semanais</p>	<p>ECUMPRI ____</p>
<p><b>E14. Qual a sua remuneração mensal bruta pelo trabalho aqui na Unidade de Saúde (que recebeu no último mês)?</b> R\$ _____</p>	<p>EREND _____</p>
<p><b>E15. Está recebendo salário em dia?</b>          (0) Não    (1) Sim</p>	<p>ESALDIA __</p>
<p><b>E16. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo?</b>          (0) Não    (1) Sim</p> <p><b>SE SIM, de que tipo?</b> _____</p> <p><b>De que valor?</b> _____ (mensal)          (codificar sem valor após a vírgula)</p>	<p>EPGOUT__</p> <p>EPGTIPO__</p> <p>EPGTPV _____</p>
<p><b>E17. Seu contrato permite vinculação a algum plano de carreira na instituição?</b>          (0) Não    (1) Sim</p>	<p>EPCC __</p>
<p><b>E18. Tens outros empregos?</b>                      (0) Não                      (1) Sim</p>	<p>EOUTTRAB__</p>
<p><b>E19. A quanto tempo trabalha nesta Instituição (Prefeitura)?</b> ____ (meses)</p>	<p>ETPWP ____</p>
<p><b>E20. A quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde?</b> ____ (meses)</p>	<p>ETPTUBS ____</p>
<p><b>E21. Houve alguma mudança na sua equipe de trabalho no último ano?</b>    (0) Não    (1) Sim</p> <p><b>SE SIM: Para o trabalho nesta Unidade de Saúde estas mudanças foram:</b>          (00) Positivas          (01) Negativas          (02) Não tiveram nenhuma influência          ( ) Outro _____</p>	<p>EMUDEW__</p> <p>ERESMUD__</p>

**E22. Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS), fez algum dos cursos de capacitação abaixo relacionados?**

Treinamento introdutório	(0) Não	(1) Sim
Treinamento para preenchimento SIAB	(0) Não	(1) Sim
Saúde da criança	(0) Não	(1) Sim
Saúde da mulher	(0) Não	(1) Sim
Saúde do adulto	(0) Não	(1) Sim
AIDPI	(0) Não	(1) Sim
Diabetes	(0) Não	(1) Sim
Hipertensão	(0) Não	(1) Sim
DST/AIDS	(0) Não	(1) Sim
Hanseníase	(0) Não	(1) Sim
Imunização	(0) Não	(1) Sim
Tuberculose	(0) Não	(1) Sim
Outro curso(s) _____	(0) Não	(1) Sim

EINTRO \_\_  
 ESIAB \_\_  
 ESACRIA \_\_  
 ESAMUL \_\_  
 ESAADU \_\_  
 EAIDPI \_\_  
 EDIAB \_\_  
 EHUPER \_\_  
 EDST \_\_  
 EHANSE \_\_  
 EIMUNI \_\_  
 ETBC \_\_  
 EOUTRO \_\_

**A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional?**

(0) Não      (1) Sim

EIFPROF \_\_

**Faça um breve comentário sobre a relevância e adequação destas capacitações para seu trabalho diário:**

---



---



---

**E23. O seu trabalho na Unidade de Saúde é supervisionado (acompanhado) por membro da equipe de Coordenação/ Central da Atenção Básica ou PSF?**

(0) Não      (1) Sim

ESUPRV \_\_

**SE SIM, Qual o conteúdo desta supervisão? \_\_\_\_\_**

ECTDSUP \_\_ \_\_

**E24. Qual a periodicidade da supervisão?**

(1) Semanal      (2) Quinzenal      (3) Mensal      (4) Bimensal  
 (5) Trimestral      (6) Semestral      (7) Anual      (8) Sem periodicidade definida

EPERSUP \_\_

**E25. Há quanto tempo ocorreu a última supervisão? \_\_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_\_ mês(es)**  
 Codificar em meses  
 (000) menos de 1 mês

EULTSUP \_\_ \_\_ \_\_

**E26. Em média, aqui na Unidade, quantas pessoas você atende em um dia normal de trabalho? \_\_\_\_\_ pessoas**

ENATEND \_\_ \_\_

**E27. Na sua opinião, como está a qualidade da maioria dos serviços prestados à população nesta unidade de saúde?**

(1) Muito ruim      (2) Ruim      (3) Nem ruim nem boa      (4) Boa      (5) Muito boa

EQUALI \_\_

**E28. Estrutura física da Unidade de Saúde:**

EESTRU \_\_ \_\_ , \_\_

0 \_\_ 1 \_\_ 2 \_\_ 3 \_\_ 4 \_\_ 5 \_\_ 6 \_\_ 7 \_\_ 8 \_\_ 9 \_\_ 10  
 pouco satisfeito      muito satisfeito



**NOS ITENS ABAIXO, ASSINALE NA ESCALA O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:**

**E28. Estrutura física da Unidade de Saúde:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*EESTRU* \_\_\_\_, \_\_

**E29. Atendimento individual à demanda na Unidade:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*EDEMUS* \_\_\_\_, \_\_

**E30. Atendimento individual à demanda no domicílio:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*EDEMDO* \_\_\_\_, \_\_

**E31. Trabalho em equipe:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*ETRAEQ* \_\_\_\_, \_\_

**E32. Preenchimento de formulários e relatórios:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*EFORMUL* \_\_\_\_, \_\_

**E33. Reuniões de equipe:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*EREEQUI* \_\_\_\_, \_\_

**E34. Reuniões com a comunidade:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*ERECOMU* \_\_\_\_, \_\_

**E35. Reuniões com a coordenação local da Unidade:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10  
pouco satisfeito

muito satisfeito

*ERECOOR* \_\_\_\_, \_\_

# AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE VOCÊ ACHA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

	(0) Adequada	(1) Pouca / excessiva	<i>EAF LUMI</i> __
Iluminação:			
Temperatura:	(0) Adequada	(1) Muito frio / muito calor	<i>EAF TEMP</i> __
Ventilação / aeração:	(0) Adequada	(1) Má ventilação	<i>EAF VENT</i> __
Espaço próprio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente	<i>EAF ESPA</i> __
Barulho excessivo	(0) Não	(1) Sim	<i>EAF BARU</i> __
Condições de higiene:	(0) Boas	(1) Não boas	<i>EAF HIGIE</i> __
Móveis:	(0) Confortáveis	(1) Não confortáveis	<i>EAF MOVE</i> __
Manutenção do prédio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente	<i>EAF MANU</i> __
Cheiros desagradáveis:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAF CHEIR</i> __
Sente que exigem demais de você:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA EXIG</i> __
Tem muita concorrência entre colegas:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA CON</i> __
Sente insegurança pela instabilidade:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA INST</i> __
Sente falta de solidariedade entre colegas:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA SOLID</i> __
Sente que tem responsabilidade demais:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA RESP</i> __
Realiza tarefas muito variadas:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA VARIA</i> __
Faz muito trabalho burocrático:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA BURO</i> __
Sente falta de recursos para o trabalho:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA RECU</i> __
Sente falta de capacitação para as tarefas:	(0) Não	(1) Sim	<i>ETA CAPA</i> __
Tem facilidade de dialogar com chefias:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI DIAG</i> __
O relacionamento com chefias é tenso:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI RELCH</i> __
O relacionamento com colegas é tenso:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI RELCO</i> __
Tem medo de ficar sem trabalho:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI SEMTR</i> __
Sente-se reconhecido pelo trabalho:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI RECON</i> __
Está de acordo com o andamento do trabalho:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI ANDAM</i> __
Tem liberdade para sugerir melhorias:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAI SUGER</i> __
Se sente comprometido com o que faz:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP COMP</i> __
Pode aplicar seus conhecimentos:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP APPLIC</i> __
Sente-se útil no trabalho:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP UTIL</i> __
Vê condições de progredir:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP PROG</i> __
Sente orgulho pelo que faz:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP ORGU</i> __
Perde tempo com outras tarefas:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP TEMP</i> __
Acha que seus erros podem afetar outras pessoas:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP ERROS</i> __
Está descontente com seus colegas:	(0) Não	(1) Sim	<i>EAP DESC</i> __
E36. Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS?			
Revista Brasileira Saúde da Família	(0) Não	(1) Sim	<i>ERBSF</i> __
Informes da atenção básica	(0) Não	(1) Sim	<i>EIAB</i> __
Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica	(0) Não	(1) Sim	<i>EMSIAB</i> __
Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	(0) Não	(1) Sim	<i>EMTACS</i> __
Avaliação Normativa do PSF no Brasil	(0) Não	(1) Sim	<i>EANPSF</i> __

E37. Para suas atividades profissionais, faz uso de computador? (0) Não      (1) Sim, na UBS      (2) Sim, em casa      (3) Sim, na UBS e em casa						ECOMP __	
E38. Para suas atividades profissionais, utiliza algum tipo de protocolo? (0) Não      (1) Sim  <b>SE SIM: Quais?</b> _____ _____ _____							EPROTO __ EPROTQ __ __
Poderias descrever quais as atividades realizadas na sua última semana de trabalho como por exemplo: visita domiciliar, atendimento individual, coordenação/participação em grupo terapêutico, reuniões de equipe, reuniões com a comunidade, reunião com nível central da Secretaria de Saúde, tarefas burocráticas (relatórios, pedidos), participação em atividades de capacitação? <i>&lt;para preenchimento do quadro abaixo, utilize o verso da página registrando claramente as atividades que realiza em cada turno de cada dia&gt; .</i>							
Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira		
M							
T							
N							
<b>E39. Dos documentos abaixo relacionados, marque quais você é responsável ou participa no preenchimento:</b>						ECADFAM __ EPEDMED __ EPEDMAT __ EPEDVAC __ ECONDMS __ ERELSIAB __ ERELAVP __	
Cadastramento das famílias				(0) Não	(1) Sim		
Pedido de medicamentos				(0) Não	(1) Sim		
Pedido de material de consumo/ limpeza				(0) Não	(1) Sim		
Pedido de vacinas e insumos para sala de vacinas				(0) Não	(1) Sim		
Condensado mensal do PACS				(0) Não	(1) Sim		
Relatório mensal do SIAB				(0) Não	(1) Sim		
Relatório de avaliação de atividades programáticas				(0) Não	(1) Sim		

<p><b>E40. Nos últimos 12 meses você participou de alguma atividade realizada na comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (escola, associação de bairro, igreja, etc.)?</b></p> <p>(0) Não                      (1) Sim</p> <p><b>SE SIM; Quais as atividades realizadas e com qual instituição?</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>EATVCOM__</p> <p>EATVQ ____</p>
<p align="center"><b>AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS / EXERCÍCIOS</b></p>	
<p><b>E41) Desde &lt;7 dias atrás&gt; quantos dias você caminhou <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>?</b></p> <p>Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.</p> <p>____ dias      (0) nenhum → vá para a pergunta E43</p> <p><b>E42) Nos dias em que caminhou, quanto tempo (em minutos), no total, você caminhou por dia?</b></p> <p>1<sup>o</sup> dia    +    2<sup>o</sup> dia    +    3<sup>o</sup> dia    +    4<sup>o</sup> dia    +    5<sup>o</sup> dia</p>	<p>ECAMDIA __</p> <p>EMINCAM ____</p>
<p align="center"><b>AGORA VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA CAMINHADA</b></p>	
<p><b>E43. Desde &lt;7 dias atrás&gt; <u>quantos dias</u> você fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>?</b> Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</p> <p>____ dias      (0) nenhum → vá para a pergunta E45</p> <p><b>E44. Nos dias em que fez atividades fortes, <u>quanto tempo</u> (em minutos), no total, você fez atividades fortes por dia?</b></p> <p>1<sup>o</sup> dia    +    2<sup>o</sup> dia    +    3<sup>o</sup> dia    +    4<sup>o</sup> dia    +    5<sup>o</sup> dia</p>	<p>EFORDIA __</p> <p>EMINFOR ____</p>
<p><b>E45. Desde &lt;7 dias atrás&gt; quantos dias você fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>?</b> Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.</p> <p>____ dias      (0) nenhum → Vá para questão E47.</p>	<p>EMEDIA __</p>



AGORA SERÃO FEITAS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE	
<b>E68. Você tem algum problema de saúde?</b> (0) Não (1) Sim (9) Não sabe <b>SE SIM, qual(is)?</b> _____ _____	<i>EPROBSA</i> ____ <i>EQPROSA1</i> ____ <i>EQPROSA2</i> ____
<b>E69. Para este(s) problema(s), usa algum medicamento regularmente?</b> (0) Não (1) Sim <b>SE SIM, qual(is)?</b> _____ _____	<i>EMEDIC</i> ____ <i>EQMED1</i> ____ <i>EQMED2</i> ____
<b>E70. E nos últimos 15 dias, você tomou algum medicamento?</b> (0) Não (1) Sim <b>SE SIM, qual(is)?</b> _____ _____	<i>EMED15</i> ____ <i>EQMED151</i> ____ <i>EQMED152</i> ____
<b>E71. A maioria dos medicamentos que você toma é com receita médica?</b> (0) Não (1) Sim	<i>ERECEI</i> ____
<b>E72. Nos últimos 90 dias, você precisou consultar com médico?</b> (0) Não (1) Sim <b>SE SIM, onde você consultou?</b> _____	<i>E90DMED</i> ____ <i>E90DON</i> ____
<b>E73. Na maioria das vezes que você procura atendimento médico, aonde você vai?</b> _____	<i>EATDOND</i> ____
<b>E74. Como você avaliaria sua qualidade de vida?</b> (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa	<i>EWAVAI</i> ____
<b>E75. Como está sua satisfação com sua saúde?</b> (0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito	<i>EWSATIS</i> ____
<b>AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO VOCÊ TEM SENTIDO ALGUMAS COISAS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:</b>	
<b>E76. Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?</b> (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	<i>EW DOR</i> ____
<b>E77. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</b> (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	<i>EWTRAT</i> ____
<b>E78. O quanto você aproveita a vida?</b> (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	<i>EWAPROV</i> ____
<b>E79. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?</b> (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	<i>EWSENTI</i> ____
<b>E80. O quanto você consegue se concentrar?</b> (1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente	<i>EWCONCE</i> ____

<p><b>E81. Quanto de seguro você se sente em sua vida diária?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Mais ou menos    (4) Bastante    (5) Extremamente</p> <p><b>E82. Quanto de saudável é o seu ambiente de trabalho?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Mais ou menos    (4) Bastante    (5) Extremamente</p>	<p><i>EWSEGUR</i> ____</p> <p><i>EWSAUD</i> ____</p>
<p align="center"><b>AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO VOCÊ TEM SE SENTIDO OU FOI CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:</b></p>	
<p><b>E83. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Médio    (4) Muito    (5) Completamente</p> <p><b>E84. Você é capaz de aceitar sua aparência física?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Médio    (4) Muito    (5) Completamente</p> <p><b>E85. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Médio    (4) Muito    (5) Completamente</p> <p><b>E86. Quanto de disponíveis para você estão as informações que precisa no dia-a-dia?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Médio    (4) Muito    (5) Completamente</p> <p><b>E87. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Médio    (4) Muito    (5) Completamente</p> <p><b>E88. Como está a sua capacidade de locomoção?</b>          (1) Nada    (2) Muito pouco    (3) Médio    (4) Muito    (5) Completamente</p>	<p><i>EWENERG</i> ____</p> <p><i>EWAPARE</i> ____</p> <p><i>EW DINHE</i> ____</p> <p><i>EW INFOR</i> ____</p> <p><i>EWOPORT</i> ____</p> <p><i>EW LOCO</i> ____</p>
<p align="center"><b>AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE O QUANTO VOCÊ TEM SE SENTIDO SATISFEITO COM VÁRIOS ASPECTOS DA SUA VIDA NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS:</b></p>	
<p><b>E89. Com seu sono:</b>          (1) Muito insatisfeito    (2) Insatisfeito    (3) Nem satisfeito nem insatisfeito          (4) Satisfeito    (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E90. Com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia:</b>          (1) Muito insatisfeito    (2) Insatisfeito    (3) Nem satisfeito nem insatisfeito          (4) Satisfeito    (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E91. Com sua capacidade para o trabalho:</b>          (1) Muito insatisfeito    (2) Insatisfeito    (3) Nem satisfeito nem insatisfeito          (4) Satisfeito    (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E92. Consigo mesmo:</b>          (1) Muito insatisfeito    (2) Insatisfeito    (3) Nem satisfeito nem insatisfeito          (4) Satisfeito    (5) Muito satisfeito</p>	<p><i>EWSONO</i> ____</p> <p><i>EWDESEM</i> ____</p> <p><i>EWCAPTRA</i> ____</p> <p><i>EWCONSI</i> ____</p>

<p><b>E93.Com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas):</b></p> <p>(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito      (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E94. Com sua vida sexual:</b></p> <p>(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito      (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E95. Com o apoio que recebe de seus amigos:</b></p> <p>(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito      (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E96.Com as condições do local onde mora:</b></p> <p>(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito      (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E97. Com o seu acesso a serviços de saúde:</b></p> <p>(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito      (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E98. Com o seu meio de transporte:</b></p> <p>(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Satisfeito      (5) Muito satisfeito</p> <p><b>E99. Nestas últimas duas semanas, com que frequência você teve sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b></p> <p>(1) Nunca      (2) Algumas vezes      (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente      (5) Sempre</p>	<p>EWRELPES __</p> <p>EWSEXU __</p> <p>EWAPOAMI __</p> <p>EWMORA __</p> <p>EWACESSO __</p> <p>EWTRANSP __</p> <p>EWNEGAT __</p>
<p><i>SE VOCÊ CONSULTOU MAIS DE UMA VEZ NESTA UNIDADE BÁSICA: RESPONDA AS QUESTÕES E100 E E101.</i></p> <p><i>SE VOCÊ SOMENTE CONSULTOU UMA VEZ NESTA UNIDADE BÁSICA, RESPONDA SOMENTE A QUESTÃO E101.</i></p> <p><i>SE VOCE NUNCA CONSULTOU NESTA UNIDADE BÁSICA, VÁ PARA A QUESTÃO E102.</i></p>	
<p>E100. Alguma vez na vida em uma consulta nesta unidade básica, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde?</p> <p>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>SE SIM</b></p> <p><b>Há quanto tempo foi essa consulta</b> ____ anos ____ meses</p> <p>E101. E na sua última consulta no Posto de Saúde, o médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar sua saúde?</p> <p>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA      (9) IGN</p> <p><b>SE SIM</b></p> <p><b>Quando foi a sua última consulta</b> ____ anos ____ meses</p>	<p>EEXER __</p> <p>ETPCONV ____</p> <p>EUEXER __</p> <p>EULCON ____</p>
<p><b>AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTROS HÁBITOS</b></p>	



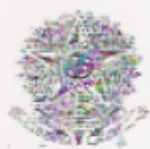
<p><b>E102. Você fuma ou já fumou?</b></p> <p>(0) Não, nunca fumou. <b>Pule para a pergunta E106</b></p> <p>(1) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos e ____ meses.</p> <p>(2) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês). <b>Pule para pergunta E104</b></p> <p><b>E103 Se parou de fumar, qual foi o motivo?</b> _____</p> <hr/> <p>(88) NSA</p> <p><b>E104. Há quanto tempo você fuma (ou fumou durante quanto tempo)?</b></p> <p>____ anos ____ meses (8888) NSA</p> <p><b>E105. Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia?</b> ____ cigarros (88) NSA</p>	<p>EFUMO ____</p> <p>ETPAFU ____</p> <p>____</p> <p>EMOT ____</p> <p>ETFUM ____</p> <p>ECIGDIA ____</p>																										
<p><b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ACIDENTES QUE ACONTECERAM DURANTE A SUA VIDA</b></p>																											
<p><b>E106. Alguma vez na sua vida, você sofreu algum dos seguintes tipos de acidentes de trabalho?</b></p> <p>(00) Nunca (Pule para E117)      ( ) Sim, ____ vezes</p> <table border="0"> <tr> <td>(01) Queda</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(02) Pancada</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(03) Choque elétrico</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(04) Contato com substância tóxica</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(05) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(06) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(07) Acidente de transporte no trajeto para o trabalho</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> <tr> <td>(08) Outro, qual?</td> <td>Com qual idade? _____</td> </tr> </table> <hr/> <p><b>E107. Se você já sofreu acidente com material perfurocortante contaminado:</b></p> <p><b>Você sabia se o material biológico envolvido no acidente era proveniente de paciente portador do HIV ou de hepatite B?</b></p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p><b>Você realizou as seguintes medidas:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Notificou o acidente</td> <td>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Buscou atendimento médico</td> <td>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Realizou exames de sangue</td> <td>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV</td> <td>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Realizou exames de acompanhamento</td> <td>(0) Não      (1) Sim      (8) NSA</td> </tr> </table>	(01) Queda	Com qual idade? _____	(02) Pancada	Com qual idade? _____	(03) Choque elétrico	Com qual idade? _____	(04) Contato com substância tóxica	Com qual idade? _____	(05) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado	Com qual idade? _____	(06) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado	Com qual idade? _____	(07) Acidente de transporte no trajeto para o trabalho	Com qual idade? _____	(08) Outro, qual?	Com qual idade? _____	Notificou o acidente	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA	Buscou atendimento médico	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA	Realizou exames de sangue	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA	Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA	Realizou exames de acompanhamento	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA	<p>EQTVEZ ____</p> <p>EACD1 ____</p> <p>EIDDAC1 ____</p> <p>EACD2 ____</p> <p>EIDDAC2 ____</p> <p>EACD3 ____</p> <p>EIDDAC3 ____</p> <p>EACHIV ____</p> <p>ENOTIF ____</p> <p>EBUSAM ____</p> <p>EEXSAN ____</p> <p>EMEDHIV ____</p> <p>EEXACO ____</p>
(01) Queda	Com qual idade? _____																										
(02) Pancada	Com qual idade? _____																										
(03) Choque elétrico	Com qual idade? _____																										
(04) Contato com substância tóxica	Com qual idade? _____																										
(05) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado	Com qual idade? _____																										
(06) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado	Com qual idade? _____																										
(07) Acidente de transporte no trajeto para o trabalho	Com qual idade? _____																										
(08) Outro, qual?	Com qual idade? _____																										
Notificou o acidente	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA																										
Buscou atendimento médico	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA																										
Realizou exames de sangue	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA																										
Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA																										
Realizou exames de acompanhamento	(0) Não      (1) Sim      (8) NSA																										

<p><b>E108. Se você já sofreu acidente de transporte no trajeto para o trabalho, assinale qual(is) o(s) tipo(s) do(s) acidente(s):</b></p> <p>Atropelamento (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Acidente de carro (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Acidente de moto (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Acidente no transporte público (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>Outro: (0) Não ( ) Sim, qual? _____</p>	<p>EATROP ____</p> <p>EACIDCA ____</p> <p>EACIDMO ____</p> <p>EACIDTP ____</p> <p>EACIOUT ____</p>
<p><b>Agora gostaria que você pensasse somente naquele acidente que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias incluindo trabalho</b></p>	
<p><b>E109. Que idade você tinha quando este acidente ocorreu?</b></p> <p>____ anos (88) NSA</p> <p><b>E110. Quanto tempo este acidente o afastou de suas atividades diárias?</b></p> <p>(1) até 7 dias (2) de 8 a 15 dias (3) de 16 a 30 dias</p> <p>(4) de 30 a 90 dias (5) mais de 90 dias (8) NSA</p> <p><b>E111. Qual foi a causa deste acidente que o você sofreu?</b></p> <p>(01) Atingido por pancada (02) Queda de um nível mais elevado</p> <p>(03) Queda no chão (04) Acidente de carro</p> <p>(05) Contato com corrente elétrica (06) Arremessado à distância</p> <p>(07) Contato com substâncias tóxicas (08) Acidente no transporte público</p> <p>(09) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado</p> <p>(10) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado.</p> <p>( ) Outra causa: Qual? _____ (88) NSA</p> <p><b>E112. Qual a região do seu corpo mais atingida neste acidente que você sofreu?</b></p> <p>(01) Pé (02) Perna (03) Coxa (04) Quadril (05) Coluna</p> <p>(06) Mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Ombro</p> <p>(11) Tronco (<i>costelas</i>) (12) Pescoço (13) Cabeça (<i>face</i>) (88) NSA</p> <p><b>E113. Em decorrência deste acidente qual o tipo de Serviço de Saúde que você procurou?</b></p> <p>(00) Não procurou nenhum atendimento</p> <p>(01) Posto de Saúde mais perto de sua casa</p> <p>(02) Outro posto de saúde</p> <p>(03) Pronto Socorro</p> <p>(04) Ambulatório do Hospital / Faculdade</p> <p>(05) Ambulatório de Sindicato</p> <p>(06) Ambulatório de Empresa</p> <p>(07) Consultório médico particular</p> <p>(08) Convênio ou plano de saúde</p> <p>( ) Outro serviço: Qual? _____</p>	<p>EIDAAC ____</p> <p>ECAFST ____</p> <p>ECAUAC ____</p> <p>EREGCOR ____</p> <p>ESVCAC ____</p>

<p><b>E114. Neste local que você procurou atendimento, seu problema foi resolvido?</b>          (0) Não Por que? _____          (1) Sim</p> <p><b>E115. Você baixou no hospital devido este acidente?</b>          (0) Não (1) Sim</p> <p><b>SE SIM, por quanto tempo:</b> _____ (dias) (88) NSA</p> <p><b>E116. Você ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação/ dificuldade/seqüela/incapacidade) decorrente deste acidente?</b>          (0) Não (1) Sim, temporária: Qual limitação: _____          (2) Sim, permanente: Qual limitação: _____</p>	<p>ERSOLAC__          EPQNRRE __ __</p> <p>EBXHOSP__</p> <p>EBXDIA __ __</p> <p>EDIFMOA__          ELITEMA __ __          ELIPERA __ __</p>
<p align="center"><b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA QUE ACONTECERAM DURANTE A SUA VIDA</b></p>	
<p><b>E117. Alguma vez na sua vida, você enfrentou alguma situação de violência que lhe impossibilitou de realizar suas atividades de vida diária?</b>          (00) Não <b>(Encerre o questionário. OBRIGADO! ( ) Sim, quantas vezes?</b> __ __</p> <p>Violência 1: _____ Com que idade? _____          Violência 2: _____ Com que idade? _____          Violência 3: _____ Com que idade? _____</p>	<p>EVIVEZ __ __          EVIO1__ __          EIDDVIO1__ __          EVIO2__ __          EIDDVIO2__ __          EVIO3__ __          EIDDVIO3__ __</p>
<p align="center"><b>Agora gostaria que você pensasse somente na situação violenta que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias incluindo trabalho</b></p>	
<p><b>E118. Que idade você tinha quando esta violência ocorreu?</b>          __ __ anos (88) NSA</p> <p><b>E119. Quanto tempo este ato violento o afastou de suas atividades diárias?</b>          (1) Até 7 dias (2) De 8 a 15 dias (3) De 16 a 30 dias          (4) De 30 a 90 dias (5) Mais de 90 dias (8) NSA</p> <p><b>E120. Onde ocorreu esta violência?</b>          (1) Em casa (2) No trabalho (3) No lazer          (4) No trânsito (5) Na escola (6) Na rua          ( ) Outro local. Qual? _____ (8) NSA</p>	<p>EIDAVIO__ __</p> <p>ETPVIOL__</p> <p>EONDVIO__</p>

<b>E121. Qual foi a causa desta violência que você sofreu?</b> (01) Bebida Alcoólica                      (02) Esporte                      (03) Discussão em casa (04) Discussão com vizinhos              (05) Assalto                      (06) Discussão no trabalho (07) Discussão no Trânsito              ( ) Outra causa: Qual? _____	ECAUVIO__ __
<b>E122. Em decorrência desta violência, qual o tipo de Serviço de Saúde que você procurou?</b> (00) Não procurou nenhum (01) Posto de Saúde mais perto de sua casa (00) Outro posto de saúde (01) Pronto Socorro (02) Ambulatório do Hospital/ Faculdade (03) Ambulatório de Sindicato (04) Ambulatório de Empresa (05) Consultório médico particular (06) Convênio ou plano de saúde ( ) Outro serviço: Qual: _____ (88) NSA	ESVSVIO__ __
<b>E123. Neste local que você procurou atendimento para a violência sofrida, seu problema foi resolvido?</b> (0) _____ Não, _____ por que? _____ (1) Sim	ELOCRES__ __ EPQNRES__ __
<b>E124. Você baixou no hospital devido a este ato violento?</b> (0) Não              (1) Sim <b>SE SIM, por quanto tempo?</b> _____ (dias)              (8) NSA	EBXVIOL__ __ EBXVDIA__ __
<b>E125. Você ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação/ dificuldade/seqüela/incapacidade) decorrente deste ato de violência?</b> (0) Não              (1) Sim, temporária. Qual limitação: _____ (2) _____ Sim, _____ permanente. _____ Qual limitação: _____	EDIFMOV__ __ ELITEMV__ __ ELIPERV__ __

**Anexo 2 – Carta de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 045/2004

Pelotas, 17 de setembro de 2004.

Ilm. Sr.  
Prof. Luis Augusto Facchini

Gostaríamos de comunicá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado: **"Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família –lote 2 região Sul"** foi aprovado por este Comitê em reunião do dia 13/09/04.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente.

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma letra 'J' inicial proeminente.

Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro  
Coordenador do CEP/FM-UFPEL  
Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro  
Coordenador do CEP/FM/UFPEL

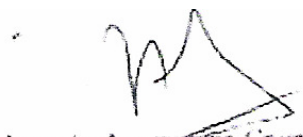
**Anexo 3 - Carta de autorização do coordenador da pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

Pelotas, 16 de fevereiro de 2009.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que Alexandra da Rosa Martins, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Código COCEPE 4.06.01.141) para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada **“PRÁTICAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA COMUNIDADE NOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUL E NORDESTE DO BRASIL”**. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

  
Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro  
Coordenador do CEP/EM-UFPEL  
Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro  
Coordenador do CEP/EM-UFPEL

---

Coordenador do Projeto de Pesquisa