ORIGINAL ARTICLE

FAMILY HEALTH TEAMS OF A REGIONAL HEALTH COORDINATION OF RIO GRANDE DO SUL: SOCIO-PROFESSIONAL PROFILE AND FORMATION PROCESS

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: PERFIL SOCIOPROFISSIONAL E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA DE UNA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL: PERFIL SOCIO PROFESIONAL Y EL PROCESO DE FORMACIÓN

Tatiele Galli Zanetti¹, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini², Isabel Cristina Pacheco Van der Sand³

ABSTRACT

Objective: to characterize the socio-professional profile and formation process of professionals of the Family Health Strategy (FHS) from the counties that integrate 12th Regional Health Coordination (RHC), with headquarters in Santo Angelo-RS. **Method:** it's a descriptive and quantitative research with characteristics of case study. The sample is compound by 254 answerers. To data collection was used a questionnaire. The project was submitted to UNIJUI Committee of Policy Research and agreed on the opinion nº 002/2008. The data were analyzed by descriptive statistic. **Results:** regarding to teams' formation, the most of respondents are community health agents, nursing technicians and assistants, nurses, physicians, dentists and dental assistants. The majority is women, with average age of 36,3 years, married with sons. Concerning the year of admission in FHS, dominates the years 2001 to 2004. Most of professionals with university study participated of Introductory Course. **Conclusion:** the study indicates demands in the area of the professionals' formation, reflect for needs of new courses in the area of the health of the family. **Descriptors:** primary health care; family health program; health manpower; education; public health.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil socioprofissional e o processo de formação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios que integram a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Santo Ângelo-RS. **Método:** pesquisa quantitativa e descritiva, tipo estudo de caso. A amostra é de 254 profissionais. Na coleta de dados, utilizou-se questionário. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI (Parecer Consubstanciado nº 002/2008). As informações foram analisadas pela estatística descritiva. **Resultados:** Em relação à formação das equipes, a maior parte dos respondentes são agentes comunitários de saúde, seguidos de técnicos ou auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e auxiliares de consultório dentário. A maioria é do sexo feminino, com idade média de 36,3 anos, casada, com filhos, ingressantes na ESF nos anos de 2001 a 2004. Há baixa rotatividade dos profissionais nas equipes. Dentre os profissionais com curso superior predominam os que participaram de Curso Introdutório. **Conclusão:** o estudo indica a existência de demandas na área de formação dos profissionais que atuam na ESF, apontando a necessidade de ofertas de novos cursos no campo da saúde da família. **Descritores:** atenção primária à saúde; programa saúde da família; recursos humanos em saúde; educação; saúde pública.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil socio profesional y el proceso de formación de los profesionales de la Estrategia de Salud de la familia (ESF) de los municipios que hacen parte de la 12ª Coordinadora Regional de Saúde (CRS), con sede en Santo Ângelo-RS. **Método:** investigación cuantitativa y descriptiva, tipo estudio de caso. El muestreo es de 254 profesionales. En la recolección de los datos, se utilizó una encuesta. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la UNIJUI (Parecer Consubstanciado nº 002/2008). Las informaciones fueron analizadas por la estadística descriptiva. **Resultados:** Relacionado a la formación de los equipos, la mayor parte de los que contestaron son agentes comunitarios de salud, seguidos de técnicos o auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos, dentistas y auxiliares de consultorio odontológico. La mayoría es del sexo femenino, con edad media de 36,3 años, casada, con hijos, que ingresaron en la ESF en los años de 2001 a 2004. Se verifican baja rotación de los profesionales en los equipos. Entre los profesionales con enseñanza superior predominan los que participaron de Curso de introducción. **Conclusión:** el estudio indica la existencia de demandas en el área de formación de profesionales que actúan en la ESF, apuntando la necesidad de ofertas de nuevos cursos en el campo de la salud de la familia. **Descriptores:** atención primária à saúde; programa saúde da família; recursos humanos em saúde; educación; salud pública.

¹Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS/UNIJUI. Ex-bolsista PIBIC/UNIJUI. E-mail: tatiele.zanetti@unijui.edu.br; ²Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Ex-professora do DCSa/UNIJUI. Orientadora de Iniciação Científica. Coordenadora do Projeto. E-mail: nara.girardon@gmail.com; ³Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Docente Pesquisador do DCSa-Unijui. E-mail: isabelvan@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988, após persistência e luta da sociedade, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em busca de uma atenção mais apropriada à saúde da população brasileira, o Ministério da Saúde, no ano de 1990, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como pressupostos básicos, segundo a Lei 8080/90, “a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e a igualdade da assistência à saúde”.¹

Pensando em incluir a família como unidade de atenção, no ano de 1991, foi implementado o Programa de Agentes de Saúde Comunitária (PACS). Com o passar dos anos, porém percebeu-se que esse modelo de saúde não atendia às necessidades da população. Por isso, no ano de 1994, foi implementado o Programa Saúde da Família, com a proposta de reorientação do modelo de saúde até então vigente.² Cabe destacar que Programa Saúde da Família inicialmente respondeu por essa denominação e, a partir de 2006 passou a chamar-se Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de ir além de caráter temporário de programa. Neste texto, embora tenha se optado pela expressão ESF, em algumas situações, quando se refere à citação bibliográfica, utiliza-se a expressão adotada pelo autor.

Assim, buscando implementar o novo modelo de saúde e procurando obter maior adesão dos municípios a este programa, foi criada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, do Ministério da Saúde, que instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste na transferência de recursos diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e municipais, representando grande fator de propulsão para o Programa.²

O Programa Saúde da Família (PSF) continua a ser uma estratégia importante assumida pelo Ministério da Saúde (MS) no intuito de reorganizar o modelo assistencial brasileiro.³ Para atingir essa meta foram criadas equipes multiprofissionais, que são responsáveis por um número delimitado de famílias em uma região demarcada. Essas equipes são formadas, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, ainda, na

Family health teams of a regional health coordination...

manutenção da saúde da comunidade com a qual interagem.⁴

O PSF, de acordo com sua proposição, altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio e não mais se restringe apenas às unidades de saúde, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais.⁵ A atuação profissional conjunta torna-se imprescindível, sobretudo quando se refere à saúde da família, pois os sujeitos devem ser considerados no contexto social e familiar em que vivem, o que pode possibilitar que seja contemplada a integralidade da assistência à saúde.⁶

Para haver interdisciplinaridade é preciso, além de reconhecer o saber técnico do outro, que a equipe se reconheça em suas diferenças culturais e sociais, de modo a aproximar os sujeitos uns dos outros e possibilitar um efetivo relacionamento da equipe. Tal relacionamento tem como pressupostos a tolerância, o respeito e a comunicação, que podem contribuir para a coesão grupal e o alcance dos objetivos a que se propõe a equipe no atendimento das demandas das famílias.⁷

Pensando na implementação desta proposta diferenciada, que busca mudanças no paradigma de atenção à saúde com ações descentralizadas do indivíduo para a família/comunidade, bem como um trabalho de natureza interdisciplinar, várias estratégias de formação e capacitação foram direcionadas para esse fim. Dentre estas, destaca-se o Curso Introductório, que faz parte do processo de capacitação e se inicia concomitantemente com a implantação das equipes da ESF ou em até três meses após.⁸

Outra iniciativa de destaque, visando à educação continuada, alude a oferta de cursos pós-graduação *Lato sensu* em Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, assim como cursos de educação para atenção básica que abordam aspectos relacionados ao processo de trabalho com famílias na ESF.

Nesse sentido, considerando que a região de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) vem oferecendo tais estratégias, elaborou-se um estudo com o objetivo de caracterizar o perfil socioprofissional e o processo de formação dos profissionais de Equipes de Saúde da Família dos municípios que integram a 12ª CRS, que tem sede na cidade de Santo Ângelo/RS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, tipo descritiva, a qual faz uso de métodos e técnicas que permitem o conhecimento de uma sociedade ou determinado segmento desta e se caracteriza pelo princípio da neutralidade, ausência de juízo de valor e busca de um conhecimento objetivo⁹. Caracteriza-se, também, como estudo de caso, usado para a avaliação inicial de problemas ainda pouco conhecidos e cujas características ou variações naturais não foram convenientemente detalhadas.¹⁰ Este delineamento possibilita, por meio da análise de uma unidade de determinado universo, a compreensão da generalidade do mesmo, ou o estabelecimento de bases para outras investigações, mais sistemáticas e precisas.¹¹

A 12ª CRS está localizada na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, sendo composta por 23 municípios, dos quais 20 contavam, até fevereiro de 2008, com 39 equipes de ESF ativas. O total de profissionais que atuavam nessas equipes, considerando esse recorte temporal, era de 471. Destes, 31 enfermeiros, 23 médicos, 51 técnicos/auxiliares de enfermagem, 16 odontólogos, 11 auxiliares de consultório dentário (ACD) e 122 agentes comunitários de saúde (ACS).

A população deste estudo é constituída pelos 471 profissionais que integravam essas equipes. Como critério de exclusão, definiu-se a não participação de equipes de ESF Indígena, visto que o processo de trabalho destas observa um referencial e uma dinâmica diferenciada e voltada à cultura indígena, merecendo estudo individualizado.

A amostra constitui-se da representação dos profissionais de 31 equipes que participaram do estudo, totalizando 254 respondentes.

Para a coleta de dados, inicialmente, foi realizado contato com a CRS a fim de informar sobre a pesquisa e solicitar colaboração e autorização para realização do estudo. Como estratégia para contatar as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), solicitou-se permissão para que os pesquisadores participassem de reunião da CRS com os gestores municipais de saúde. Nessa reunião, na qual estavam presentes secretários municipais de saúde e também alguns profissionais da ESF, explicou-se sobre os objetivos da pesquisa, convidando-os a participar e a colaborar na realização da mesma. Todos os Secretários Municipais de Saúde presentes assinaram Termo de Permissão para que os profissionais fossem

Family health teams of a regional health coordination...

convidados a participar do estudo. Nesse sentido, os próprios secretários assumiram o compromisso de levar até os coordenadores das equipes, sob sua coordenação, envelope contendo um ofício explicativo sobre o estudo e por meio do qual os profissionais eram convidados a responder um questionário. Além disso, havia Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser assinado pelos que aceitassem o convite.

Assim, para a coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas relativas ao processo de formação dos integrantes da ESF e seu perfil social. Após o preenchimento do instrumento, o mesmo foi devolvido em envelope fechado à CRS e, posteriormente, aos pesquisadores. Cabe salientar que retornou, junto com o instrumento de coleta de dados, o TCLE, conforme rege a Portaria 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.¹²

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob Parecer Consubstanciado número 002/2008, emitido em janeiro de 2008.

Os dados foram analisados de acordo com o proposto por Gil no que se refere ao estabelecimento de categorias, codificação, tabulação, análise estatística dos dados, avaliação das generalizações, inferência das relações causais e interpretação dos dados.¹¹ Para essa análise, as informações contidas nos questionários foram organizadas em banco de dados, com auxílio de *software* EPINFO versão 2000, sendo tabulados e analisados pela estatística descritiva. As categorias classificatórias são apresentadas em frequência absoluta (n) e relativa (%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 471 questionários enviados, 261 (55,4%) retornaram preenchidos. Destes, 254 (53,9%) foram considerados válidos, pois sete respondentes não faziam parte da ESF, tais como motoristas e visitantes sanitários. Dos 20 municípios convidados a participar da pesquisa, 15 (75%) devolveram pelo menos um questionário preenchido. Em relação às equipes, 39 foram convidadas a participar; destas 31 (79,49%) aceitaram, respondendo ao instrumento. Esses dados nos permitem considerar o comprometimento evidenciado pelas equipes da ESF com as pesquisadoras e com a pesquisa realizada.

Em relação à constituição das equipes, constatamos que dos 254 participantes, 122 (48%) são agentes comunitários de saúde, 51 (20,1%) técnicos ou auxiliares de enfermagem, 31 (12,2%) enfermeiros, 23 (9,1%) médicos, 16

Zanetti TG, Perlini NMOG, Van der Sand ICP.

(6,3%) dentistas e 11 (4,3%) auxiliares de consultório dentário. Pode ser observado que, além da equipe mínima preconizada pelo MS, apenas há o dentista e o auxiliar de consultório dentário constituindo estas equipes como especialidades, o que pode indicar um trabalho ainda incipiente no que tange à multidisciplinaridade e, conseqüentemente, ter reflexos na atenção prestada aos indivíduos, famílias e comunidades.

De acordo com as prerrogativas da ESF, as equipes necessitam de um profissional que assuma a função de coordenador. Em relação a isso, os dados deste estudo registram que, do total de participantes, 249 (98%) sabiam indicar o coordenador de sua equipe. Destes, 216 (86,7%) apontaram o enfermeiro, seguido do secretário municipal de saúde.

Referente à idade dos participantes, constatamos que esta varia de 18 a 77 anos, com uma média de 36,6 anos. A faixa etária predominante é de 20 a 50 anos (89,6%), o que condiz a uma fase da vida relativa à idade produtiva. Esses dados diferem dos resultados obtidos em estudo realizado no município de Teixeiras/Minas Gerais, em cuja amostra fizeram parte profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).¹³ Neste a mediana foi de 27 anos, com variação de 24 a 36 anos.

Em relação à categoria sexo, há uma significativa predominância do feminino, representada por 209 (82,3%) profissionais. Esse dado vai ao encontro de resultados obtidos em outros estudos, cuja população constitui-se de profissionais que atuam em equipes da Estratégia.¹³⁻⁴

A predominância de profissionais do sexo feminino nas equipes integrantes da presente investigação, assim como em outros estudos relativos ao mesmo tema, tem relação com a inserção, no campo da saúde, de profissões que histórica e socioculturalmente são exercidas por mulheres.

Quanto à situação conjugal dos profissionais, foram registradas 253 (99,6%) respostas. Destas, 155 (61,3%) são profissionais unidos maritalmente, 83 (32,8%) solteiros, 12 (4,7%) separados e 3 (1,2%) viúvos. Podemos relacionar o predomínio de profissionais em situação conjugal do tipo unida com a mediana de idade, visto que socioculturalmente esta é a faixa etária em que se dão as uniões conjugais. Num estudo realizado no Estado do Mato Grosso, que procurou apresentar o julgamento de médicos e enfermeiros das equipes sobre aspectos da atenção básica, também foi constatado que os profissionais, em sua maioria, são unidos, seguidos pelos solteiros.⁵

Family health teams of a regional health coordination...

Em relação ao número de filhos que cada profissional possui, verifica-se que, dos 254 entrevistados, 167 (65,7%) têm filhos. Destes, 68 (40,7%) possuem dois, 59 (35,3%) um e 40 (24%) três ou mais. A média é de 1,97 filho por participante do estudo. Esta se encontra próxima à média nacional, que é de 2,3 filhos.¹⁵ Essa taxa que, segundo o IBGE vem ao longo das últimas quatro décadas, apresentando redução, pode estar relacionada à inserção significativa da mulher no mercado de trabalho e à popularização dos métodos contraceptivos contraceptivos, cabendo lembrar que a maioria dos profissionais inseridos nas equipes em estudo são mulheres, o que talvez contribua para essa tendência já que, geralmente, sua carga horária é 40 horas semanais.

No que se refere ao ano de ingresso dos profissionais em equipes da ESF, verifica-se que, dos 254 entrevistados, 247 (97,2%) responderam a esse questionamento. O maior ingresso deu-se período de 2001 a 2004 (102 - 41,3%), seguido pelos anos de 2004 a 2007 (79 - 32%). Cabe destacar que já no ano de 1995 houve a formação de equipes profissionais, o que revela a inserção de municípios da 12ª CRS na ESF, logo após sua implantação que ocorreu em 1994.

Considerando a rotatividade dos profissionais, desde seu ingresso, em diferentes equipes da ESF, somente 51 (20%) responderam a esta questão, o que nos leva a concluir que 80% dos demais atuaram sempre na mesma equipe. Dos respondentes, 29 (56,9%) afirmam ter atuado em duas equipes diferentes da atual e 10 (19,6%) em uma equipe. Parece-nos que há uma baixa rotatividade de profissionais nas equipes, inferindo-se que estas oferecem condições satisfatórias para o trabalho, o que pode representar atenção adequada à comunidade, já que a permanência em uma equipe, por tempo prolongado, possibilita melhor conhecimento da população alvo e formação de vínculo com a comunidade, um dos elementos centrais das proposições da ESF.

Nesse sentido, estudo realizado com o objetivo de analisar a satisfação e a rotatividade de médicos que atuam em PSF no Estado de São Paulo, aponta fatores que buscam explicar os motivos para que os profissionais permaneçam ou não em uma organização.¹⁶ Dentre estes mencionam insatisfação no trabalho, dificuldade de acesso, falta de materiais, ambiente físico e salários, os quais contribuem para uma maior rotatividade. Porém, também destacam que, quanto mais o profissional se sente capacitado

Zanetti TG, Perlini NMOG, Van der Sand ICP.

para exercer sua profissão, menor será o índice de rotatividade.

Em outro estudo de natureza similar ao nosso, realizado com enfermeiros que atuam em PSF no município mineiro de Caldas, a autonomia profissional e o vínculo com a comunidade oriundo do trabalho desenvolvido foi referido como uma das vantagens do trabalho realizado e que gera satisfação. A falta de apoio dos gestores, de condições adequadas para o trabalho e a baixa remuneração foram apontados como desvantagens do trabalho no PSF.¹⁷

Referente à qualificação dos profissionais para atuar em equipes da ESF, verificamos que 56 (22%) dos respondentes possuem algum tipo de qualificação. Em relação ao Curso Introdutório, dos 70 profissionais com curso superior habilitados a fazê-lo, 56 (80%) o realizaram. Isto evidencia que a Secretaria Estadual de Saúde do RS está oferecendo este curso regularmente e os gestores municipais referendam-no como um requisito importante para implantação das equipes.

No que diz respeito a outras iniciativas de formação para atuar na Estratégia, observa-se que 29 (41,4%), dos 70 profissionais com curso superior, têm formação no campo da saúde pública/coletiva, sendo que 5 (7,1%) informaram ter frequentado cursos específicos da área de saúde da família, ou seja, quatro especializações *lato sensu* e uma residência.

Estes dados evidenciam, em consonância com outros estudos realizados especificamente com trabalhadores na ESF, principalmente enfermeiros, a crescente tendência na busca por qualificação profissional, tanto no sentido de atender as exigências do mercado como de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas para o desempenho na área.¹⁷⁻⁸

De acordo com a Portaria 648/2006, as secretarias municipais e o Distrito Federal têm como competência estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, cabendo às secretarias estaduais de saúde articular, com as instituições formadoras de recursos humanos do estado, estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, conforme necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartites.⁸

No que se refere à educação continuada para um modelo de atenção voltado à saúde da família, convém salientar que essa influencia a qualificação do trabalho, os

Family health teams of a regional health coordination...

resultados e a mudança das práticas, constituindo-se em estratégia fundamental na promoção de reflexão crítica das equipes sobre suas ações. Além disso, na educação permanente das equipes é importante destacar aspectos relacionados a conhecimentos e habilidades para o trabalho com família, bem como à assunção de atitudes e valores oriundos da comunidade.¹⁹

CONCLUSÃO

Reorganizar o modelo assistencial vigente não é tarefa fácil, porém a ESF favorece o estabelecimento de novas relações, em que cada parte atuante é sujeito do processo. Com base nesta percepção, o presente estudo caracteriza o perfil socioprofissional e o processo de formação dos profissionais participantes de equipes da ESF que constituem a 12ª CRS.

No que diz respeito à composição da equipe, o perfil permite vislumbrar que todas contam com a formação básica preconizada pelo Ministério da Saúde e algumas, além desses profissionais, contam com odontólogos e auxiliares de consultório dentário. Os profissionais, em sua maioria, são do sexo feminino, em idade produtiva, situação conjugal unida e têm filhos, e ingressaram na Estratégia no período de 2001 a 2004, observando-se baixa rotatividade nas equipes.

Referente à qualificação para atuar em equipes da ESF, o estudo evidencia que a maioria dos profissionais com curso superior realizou o Curso Introdutório. No entanto, no que se refere à formação *Lato sensu* ou residência na área específica de saúde da família, esta ainda é incipiente, principalmente se considerarmos as possibilidades oferecidas nesta região do estado.

Conhecer o perfil e o processo de formação e qualificação dos profissionais que atuam nas equipes da ESF pode constituir-se em importante dispositivo para a identificação de demandas nessa área, adequando necessidades e ofertas. O conhecimento desse contexto poderá colaborar, também, para o reforço de propostas de reedição e/ou criação de novos cursos no campo da saúde da família, contribuindo para o fortalecimento do trabalho multiprofissional e avançando para o desenvolvimento de ações de caráter interdisciplinar que privilegiem a família como centro da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Presidência da República, Casa

Zanetti TG, Perlini NMOG, Van der Sand ICP.

Civil, 1990 [acesso em 2009 Jul 13]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

2. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96. Brasília, 1997 [acesso em 2009 Jul 13]. Disponível em:

siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf

3. Carmagnani MI, Santana ML. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde soc [periódico na internet]. 2001 Jul [acesso em 2008 Jan 15];10(1):33-53. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>

4 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2007 [acesso em 2008 Jan 15]. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

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

6 Colomé ICS, Lima MADs. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Rev Gaúcha de Enferm. 2006 Dez; 27(4):548-56.

7 Staudt DT. A interdisciplinaridade em atenção básica à saúde. Boletim da Saúde. 2008 Jan/Jun; 22(1):75-84.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 (que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006; [acesso em 2008 Dez 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_648-2006.pdf

9. Minayo MC. (org). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

10. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

12. Brasil. Res. n.º 196/1996, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 1996.

13. Azeredo CM, Maia TM, Rosa TC, Silva FF, Cecon PR, Cotta RM. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. Rev Paul Pediatr [periódico na internet]. 2008 Dez [acesso em 2009 Ago 13]; 26(4):336-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>

Family health teams of a regional health coordination...

14. Leite RFB, Veloso TMG. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. Saúde soc [periódico na internet]. 2009 Mar [acesso em 2009 Ago 13]; 18(1):50-62. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/06.pdf>

15. IBGE. A família brasileira: queda substancial da família brasileira. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2007; [acesso em 2009 Ago 13]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>

16. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev Adm Pública [periódico na internet]. 2008 Abr [acesso em 2009 Ago 13]; 42(2):347-68. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>

17. Betelli DJM, Bruzadelli RCS, Albino Filho J, Jorgetto GV, Freitas OS. Análise do perfil sociodemográfico e de formação dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família. Revista Nursing. 2010 Fev; 12(141):93-98.

18. Nóbrega ESL, Medeiros ALF, Leite MCA. Atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial em unidades de saúde da família. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2010 Jan/Mar [acesso em 2010 Mar 13]; 4(1):45-55. Disponível em:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/450/438>

19. Araújo EC, Vasconcelos EMR, Albuquerque APA, Barros FA. Modelo de atenção voltado para a saúde da família: breve revisão de literatura. Recife: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de Pernambuco.s.d. [acesso em 2009 Ago 13]. Disponível em:

http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1163254331_99.pdf

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/04/13

Last received: 2010/06/28

Accepted: 2010/07/01

Publishing: 2010/10/01

Address for correspondence

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlin
Rua José Carlos Kruehl, 325/301,
Bairro Nossa Senhora de Lourdes
CEP 97060-380 – Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil