

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRO-REITORIA ACADÊMICA
DIRETORIA DE ENSINO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MATEUS FORTUNATO FRANCISCO
THALES MACARINI SASSO**

**PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA
2020**

**MATEUS FORTUNATO FRANCISCO
THALES MACARINI SASSO**

**PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharel em Enfermagem, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Orientadora: Profa.Dra. Fabiane Ferraz

CRICIÚMA

2020

**MATEUS FORTUNATO FRANCISCO
THALES MACARINI SASSO**

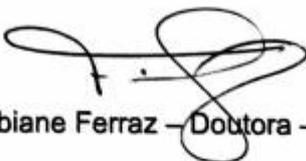
**PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
Bacharel no Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferraz

Criciúma/SC, 08 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA



Profa. Fabiane Ferraz – Doutora – Orientadora



Profa. Valdemira Santana Dagostin – Doutora - UNESC



Profa. Ioná Bez Birolo – Mestre - UNESC

AGRADECIMENTOS

Para essa trajetória meu primeiro manifesto de gratidão vai Àquele que rege as leis de todo universo, Este que me oportunizou com a vida, que me fez ser essa matriz biológica cheia de virtudes e defeitos, ao Senhor: Papai do Céu. Obrigado por me construir, renovar e reinventar todos os dias. Grato ao Senhor por essa conquista.

Concomitantemente, estendo meus agradecimentos às pessoas mais ilustres e importantes da minha vida: minha mãe Zilda Marques Fortunato e meu pai Idezio Francisco. Vocês me moldaram, fizeram acreditar no melhor, na construção de um sonho e a todo instante me apoiaram de todas as formas e modo possíveis, mesmo que isso custasse além de suas forças e recursos. Essa conquista é para vocês, porque o trajeto foi percorrido com vocês.

Ao meu companheiro de todos os momentos, que me apoiou nos dias bons e ruins, que compreendeu que muitas abdições e ausências foram necessárias para que este objetivo fosse concluído, obrigado por tudo Felipe Soares Anselmo.

A minha ilustríssima madrinha, a quem me adotou aos quinze anos de idade e desde então, mesmo não me conhecendo pessoalmente, ainda assim acreditou em mim e me apoiou com recursos físicos e também morais. Rosemeri Pagnan a minha gratidão a você será eterna, existe luz, solidariedade, empatia e generosidade. Muito obrigado por tudo!

Ao meu amigo e companheiro da graduação, Thales Sasso. Essa caminhada foi difícil, árdua e muitas vezes exaustiva, mas toda bagagem fica mais leve quando se divide os pesos. Obrigado por esses cinco anos de aprendizado e parceria simultâneas.

Aos mestres que durante a construção dessa identidade profissional nos instruíram, guiaram, apoiaram e não pouparam esforços no construto do que hoje sou. Em especial, a minha querida e inspiradora Fabiane Ferraz, que nos orientou e nos instigou a ir além de nossas limitações. Fabi, você é a minha referência como pessoa e como profissional.

E meus sinceros agradecimentos ao Programa Universidade para Todos (ProUni) pela bolsa concedida, sem ela está caminhada não teria início, meio e fim.

Além disso, estendo esse sentimento de realização a todos aqueles que de algum modo contribuíram para que este dia chegasse. A todos vocês o meu muito obrigado.

Mateus Fortunato Francisco.

AGRADECIMENTOS

A forma de expressão sobre agradecimentos é algo ímpar em nosso cotidiano. Sobre o passar destes 1825 dias, aprendi que nada é por acaso. A cada dia que se passava, a construção profissional só aumentava, sabemos que é um processo árduo e que tudo tem seu valor. Qual é o preço que você está disposto a pagar? O quão você se dedicará para se tornar um grande profissional? Carrego estas perguntas desde o início da graduação, e a cada dia que se passava construía a resposta.

Em primeiro lugar, sempre dediquei meu tempo para minha família, conseqüentemente para os estudos, namorada e amigos. Acredito que o apoio de cada um deles foi fundamental para a conclusão desta caminhada. O incentivo, parte do indivíduo e o apoio de terceiros. Agradeço a minha família, mãe Maria Rosane Macarini Sasso, pai Enio José Sasso, irmãos, cunhadas e a minha namorada Witória Simoni Maciel, por sempre estares do meu lado nos momentos complexos. Agradeço a Deus por me dar forças a cada dia que se passava, por ouvir meus pedidos e orações.

Expresso meus sinceros agradecimentos aos meus mestres e doutores, que através dos ensinamentos, tornei-me o profissional que sou hoje. Expresso também meus agradecimentos a minha orientadora Profa. Dra. Fabiane Ferraz, que esteve quatro anos ao meu lado, me guiando, ensinando, aprendendo e acima de tudo me transformando, sou grato em ser um acadêmico o qual não apenas teve a experiência do ensino, mas que também usufruiu dos conhecimentos da pesquisa e extensão.

Agradeço também aos meus colegas e amigos de graduação, os quais sabem exatamente do que estou falando, pelo apoio e incentivo a qual cada um de nós nos ofertamos, sempre um do lado do outro, nos momentos bons e ruins. Agradeço em especial ao meu colega e amigo Mateus Fortunato Francisco, nós, que desde o início da graduação, apoiávamos um ao outro e que sempre me fortaleceu, tanto no ensino, como na vida profissional e pessoal, acredito que este caminho de mão dupla foi concluído graças a nossa dedicação, meu muito obrigado AMIGO.

E meus sinceros agradecimentos a fonte financiadora FAPESC pelas bolsas concedidas através do programa de bolsas UNIEDU pela bolsa FUMDES e PROESDE, sem este auxílio está caminhada não teria início, meio e fim.

Thales Macarini Sasso.

RESUMO

A realização de experiências inovadoras de mudanças nos serviços de saúde, em que se sustenta na reorganização do processo de trabalho, sobretudo o novo modelo de assistência estruturado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) sugere que a responsabilidade pelo cuidado integral é de competência dos serviços de saúde, por conseguinte, de todos os profissionais que atuam nesse sistema, considerando a lógica da clínica ampliada. A partir desta linha de raciocínio, é notório que simultaneamente os trabalhadores em saúde produzem o cuidado e produzem a si mesmos como sujeitos. Do mesmo modo, a construção do saber associada a realidade dos espaços de trabalho em saúde, culminam em melhoria do serviço, aumentando a qualidade da atenção. Isso, por sua vez, requer um olhar expansivo daqueles que fazem gestão, para que incentivem a educação permanente em saúde, entendendo que isso consolidará os princípios básicos do SUS. O presente estudo tem por objetivo geral analisar o perfil dos trabalhadores que atuam na atenção básica (AB) da secretaria de saúde de um município de grande porte do sul catarinense. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento autoaplicável com perguntas fechadas e abertas, aplicado aos trabalhadores da AB que possuem algum tipo de vínculo empregatício com a SMS (n=370). Para organização e análise descritiva dos dados coletados foi utilizado o software *Microsoft Excel® 2016*, sendo que as variáveis qualitativas estão apresentadas através de frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas através de descrição estatística simples. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética com seres humanos, sob parecer n. 4.298.363, sendo resguardados os aspectos éticos expressos na Resolução 466/12. Os resultados expressam que o maior número de participantes é do sexo feminino (n=324; 87,5%), a predominância do município de residência foi Criciúma (n=328; 88,6%), os maiores valores de escolaridades foram indivíduos com nível médio e superior completo (n=128; 35%) e (n=127; 34%) respectivamente. Além disso, o maior número de participantes trabalha no município em que possuem maior vínculo empregatício (n=328; 88,6%). Há também um valor considerável de participantes que estão aperfeiçoando o nível de escolaridade, em que (n=128, 35%) possuem nível médio e (n=127, 34%) possuem nível superior completo. No entanto, é importante expressar que há profissionais que trabalham em áreas diferentes de sua formação. Outro fator relevante trata-se do baixo número de profissionais que se sentem aptos para desenvolverem ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) (n=83, 23%), comparados ao que não se sentem aptos (n=120, 33%) e aos que não quiseram responder (n=164, 44%). O perfil dos profissionais da AB expressa que há um bom número de profissionais em diferentes categorias, o que possibilita desenvolver ações de modo geral uma equipe multidisciplinar. Contudo, deixamos como sugestão para realização de novos trabalhos um estudo censitário com todos os profissionais da saúde, a fim de que seja possível fazer uma análise dos diferentes espaços em que estão ocupando. Bem como, é importante em futuros estudos, identificar as dificuldades por parte dos participantes em realizar EPS, bem como, aspectos relacionados a saúde e qualidade de vida dos colaboradores da SMS

Palavras-chave: Educação Permanente. Sistema Único de Saúde. Recursos humanos em saúde. Processo de Trabalho em Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação dos Participantes da Pesquisa	28
Tabela 2 - Função em Exercício do Participante	30
Tabela 3 - Número de Vínculos Empregatícios dos Participantes	30
Tabela 4 - Tipo de Vínculos dos Participantes	32
Tabela 5 - Participantes com Cursos de Aperfeiçoamento.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
EPS	Educação Permanente em Saúde.
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
AB	Atenção Básica.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
NEPSHU	Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização.
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 JUSTIFICATIVA.....	10
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	11
1.3 HIPÓTESES.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
3.2. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM AMBITO MUNICIPAL.....	15
3.3. TRABALHO EM SAÚDE: CARACTERÍSTICAS, PERFIL E DEMANDAS.	17
3.4. INTEGRALIDADE DO CUIDADO COMO PRINCÍPIO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	18
3.5. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PROPOSTA PARA QUALIFICAR O TRABALHO EM SAÚDE.....	20
4 MÉTODO.....	23
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	23
4.3.1 Critério de inclusão.....	23
4.3.2 Critério de exclusão.....	23
4.4 AMOSTRA.....	24
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA, PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICAS.....	24
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
5 RESULTADOS.....	27
6. DISCUSSÃO.....	38
7 CONCLUSÕES.....	43
8 REFERÊNCIAS.....	44
APENDICES.....	48
ANEXOS.....	55

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, construiu novos contornos para o sistema de saúde modificando a resolução das necessidades de saúde dos indivíduos, por meio da garantia desta como direito (BRASIL, 1988). Posteriormente, com Lei Orgânica 8080/90, houve a estruturação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa mudança de modelo de saúde, tem por imagem objetivo garantir o atendimento ao indivíduo de modo integral, operacionalizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, com serviços e tecnologias integrados (BRASIL, 1990).

Além disso, Franco (2007), reflete sobre as experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, em que se sustenta na reorganização do processo de trabalho, evidenciando nesse sentido a ação dos coletivos de trabalhadores para um novo meio de produção do cuidado, criando nos mesmos um modo de resignificar o mundo do trabalho na saúde.

Nesse sentido, o novo modelo de assistência estruturado a partir da implantação do SUS sugere que a responsabilidade pelo cuidado integral é de competência dos serviços de saúde, por conseguinte, de todos os profissionais que atuam nesse sistema, considerando a lógica da clínica ampliada (CAMPOS e AMARAL, 2007).

A partir desses referenciais, é notório que simultaneamente os trabalhadores em saúde produzem o cuidado e produzem a si mesmos como sujeitos. Ensino, trabalho e aprendizagem estão juntos nos campos de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem paralelamente como expressão da realidade. Desse modo, torna-se essencial compreender que junto à linha de produção do cuidado, há também uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS (FRANCO, 2007).

Assim, a construção do saber associada à realidade dos campos de trabalho em saúde, culminam em melhoria do serviço, aumentando a qualidade da atenção. Isso, por sua vez, requererá um olhar expansivo daqueles que fazem gestão, para que incentivem a Educação Permanente em Saúde (EPS), entendendo que isso consolidará os princípios básicos do SUS: universalidade, equidade e integralidade, por meio da força de trabalho dos seus colaboradores.

Levando em consideração esses aspectos, a presente pesquisa apresenta o perfil dos colaboradores vinculados aos serviços da secretaria de saúde de um município do sul catarinense, a fim de construir um banco de dados com informações sobre vínculos empregatícios, carga horária de trabalho, formação, cursos de aperfeiçoamentos, habilidade em desenvolver ações de EPS junto aos demais servidores, entre outras informações.

1.1 JUSTIFICATIVA

A gestão em saúde busca por meios de combinações de recursos disponíveis, aperfeiçoamento e melhorias das organizações através de ações eficientes, eficazes e efetivas, possibilitando que as instituições alcancem seus objetivos. Nesse mesmo sentido, percebem-se muitos aspectos que se tornam desafios a uma boa gestão, dentre eles as mudanças tecnológicas, financeiras, transições demográficas e, principalmente, o perfil da força de trabalho profissional.

Mediante ao exposto, a realização do presente estudo justifica-se, devido à importância da análise do perfil dos profissionais da AB da SMS, visto que os aspectos que tornam a gestão de serviços eficientes são derivados dos próprios trabalhadores das redes de serviços prestados visando aspectos educacionais, intervenções apoiadas, valorização profissional. Pois, isso aumenta a confiança e habilidade da equipe para desenvolver o trabalho junto aos usuários.

Ainda, o presente estudo justifica-se visto a necessidade da SMS ter um banco de informações que possibilite a atualização dos dados relacionados ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que na presente data encontra-se desatualizado. Assim, espera-se que com os dados advindos da pesquisa, ser possível atualizar informações nesse importante banco de dados nacional.

A integralidade do cuidado entra como um princípio significativo na atuação primordial sobre a força de trabalho dos profissionais em saúde, esta lógica é utilizada para manter um cuidado amplo em saúde, visando todos os aspectos relacionados às necessidades dos usuários.

Para Merhy, et. al (2005) qualquer atividade humana é considerada um ato produtivo, pois se modifica algo e produz o novo. Os seres humanos, ao longo de suas histórias estiveram ligados, de um modo ou outro, a atos produtivos, mudando a natureza. Nesse sentido, essa transformação é considerada pelos

autores como trabalho e, passa a ser considerada como um meio de aprendizagem que molda e constrói o modo que se vê e o modo como se age no mundo.

Com isso, o intuito primordial ao tema estudado é reconhecer a fortaleza e potencialidade que a SMS tem por meio de seus colaboradores, a fim de utilizar a própria força de trabalho já existente, para organizar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e humanização dos serviços a partir da utilização da expertise interna do município. Pois, corroboramos com Ceccim (2005, p. 163), quando diz que acredita na Educação Permanente em Saúde como o “caminho para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, mas para isso, os espaços precisam reconhecer seus trabalhadores suas necessidades e potencialidades”.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Qual o perfil dos trabalhadores que atuam na atenção básica da secretaria de saúde de um município de grande porte do sul catarinense?

1.3 HIPÓTESES

- Sabemos que muitos trabalhadores estão em seus cargos, mas que sua formação profissional os compete a desenvolver além de suas funções, podendo auxiliar em outros processos da gestão em saúde.
- Necessário o reconhecimento das expertises internas na secretaria de saúde para promover diálogos sobre como realizar um cuidado ampliado, integral e resolutivo.
- O reconhecimento do perfil da força de trabalho da atenção básica, oportunizará a SMS identificar as habilidades internas e valorizar os trabalhadores nas suas competências pessoais no exercício profissional.
- A promoção de EPS é uma importante ferramenta de gestão na saúde, pois um profissional qualificado exerce seu trabalho de forma resolutiva, e consegue pensar linhas de cuidado estrategicamente trabalhadas, oportunizando crescimento profissional coletivo e qualidade nos serviços.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil dos trabalhadores que atuam na atenção básica da secretaria de saúde de um município de grande porte do sul catarinense.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a carga de trabalho semanal, tipo de vínculo e dedicação dos profissionais que atuam na atenção básica da SMS;
- Identificar a formação e qualificação dos trabalhadores que atuam na atenção básica da SMS;
- Identificar se os participantes se sentem aptos a cooperar na elaboração e desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde para outros profissionais junto a SMS;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce junto com a Constituição de Brasileira de 1988, regidos entre artigos 196 a 200. Nestes, há garantia da saúde como direito de todos e como dever do estado, conforme expresso em Brasil (1988), Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

Posteriormente, o Art. 197 traz ao cenário a disposição que o poder público tem sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações em saúde, bem como, a forma de execução dessas, seja por meio direto ou de terceiros – que podem ser de pessoas físicas ou jurídicas (BRASIL, 1988).

Não obstante, o SUS, por sua legislação, torna-se organizado por meio de redes regionalizadas e também hierarquizadas, conforme Brasil (1988, s/p), Art. 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

No artigo acima citado, observa-se no inciso II a relevância da integralidade, pois isso transcende o atendimento mecânico e biomédico, partindo para uma visão ampla e completa do indivíduo, em que todos os aspectos que o envolve são considerados relevantes.

Do mesmo modo, o Art. 199 aborda à assistência frente a iniciativa privada, em que as mesmas poderão participar de forma complementar ao SUS, desde que respeitem as diretrizes, além de firmar os serviços por meio de contrato de direito público ou convênio (BRASIL, 1988).

Além disso, conforme Brasil (1988), Art. 200, são competência do SUS:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Após a garantia da saúde como um direito, prevista na Constituição Federal de 1988, organiza-se o SUS por meio da Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro 1990. Essa, por sua vez, dispõe sobre promoção, recuperação, proteção, além de organizar os funcionamentos correspondentes.

Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL,1990, s/p).

Alguns pontos da Lei 8.080/90 são de extrema importância, pois envolvem princípios que norteiam e caracterizam a essência do SUS. Dentre elas, destacam-se: universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, participação social, descentralização, regionalização e hierarquização. Cada um desses itens abre um leque de variáveis e considerações imprescindíveis tanto para a gestão do sistema, como para a execução do cuidado (BRASIL, 1990).

Concomitantemente, houve a criação de Lei N° 8.142, de 28 de dezembro 1990, a qual aborda sobre a participação da comunidade junto à gestão do SUS, além das transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da saúde. Tais esferas denotam a democratização do SUS, pois asseguram em lei que as conferências e conselhos de saúde sejam compostos por usuários, prestadores de serviços, profissionais de saúde e representantes do governo.

Art. 1, I § 2º.[...] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, s/p).

Nesse sentido, observa-se a construção e organização do SUS que foi sendo modulado e aperfeiçoado a partir da Constituição de 1988, sendo posteriormente estruturado na Lei 8080/90 e protagonizado pela Lei 8142/90. Esses

três ícones garantem a população o acesso como direito a qualquer serviço de saúde, bem como orientando e formalizando em regime de lei as metodologias de gestão, financiamento e assistência.

Outra modalidade a ser destacada, trata-se do princípio da integralidade, este que é um dos pilares do SUS. Nessa perspectiva, o autocuidado apoiado se manifesta, pois há um envolvimento mediado por todos os contextos que envolvem o usuário e a partir disso, constrói-se um plano de cuidado e ações.

3.2 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM AMBITO MUNICIPAL

A gestão em saúde busca por meio combinação dos recursos disponíveis, aperfeiçoar a engrenagem que move as organizações através de ações eficientes, eficazes e efetivas, as possibilitam que as instituições alcancem seus objetivos. Nesse mesmo sentido, percebem-se muitos aspectos que tornam desafiador a boa gestão, dentre eles destacam-se as mudanças tecnológicas, crises financeiras, transições demográficas (DERMINDO, 2019).

Uma gestão de eficiência se torna imprescindível para que não sejam interrompidos tratamentos por ausência de recursos e, também, para que não ocorra o desperdício com materiais, exames ou medicamentos. Percebe-se ainda a relação do serviço de saúde com outras esferas da sociedade, o que, por sua vez reflete e influencia diretamente quando ocorrem falhas. Por consequência, há uma insatisfação social que culmina na ausência desse público que é indispensável na luta pela consolidação do SUS (DERMINDO, 2019).

Para Campos (1998) o processo de implantação do SUS, evidenciou as diversas experiências voltadas para expandir a democracia nas instituições de saúde. A descentralização de poder, por exemplo, para os municípios, a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com a participação majoritária dos usuários, estão entre as principais armas sugeridas pelo SUS para modificar o funcionamento burocrático do Estado.

Para Lucchese et. al (2002), a descentralização pode ser entendida como:

É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (união, estados, municípios, distritos), partindo do pressuposto que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá em acertar na resolução dos mesmos. A descentralização tem como diretrizes: a

regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização; a organização de um sistema de referência e contra-referência; a maior resolutividade atendendo melhor os problemas de sua área; a maior transparência na gestão do sistema; a entrada da participação popular e o controle social (LUCCHESI, et. al., p.15, 2002).

Ao analisar de modo geral o sistema de saúde no Brasil, é notório que um dos grandes modais se trata da redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Nesse sentido, tem-se elaborados diversos métodos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação. Isto, por sua vez, resulta na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, porém tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde (BRASIL, 2015).

Nesse mesmo aspecto, Brasil (2015) ressalta que essa realidade traz à tona a necessidade da implantação de mecanismos de co-gestão em que a tomada de decisão é caracterizada pela negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores do SUS, nos espaços das comissões intergestores, na intenção de fortalecer a articulação interfederativa.

Do mesmo modo, a democratização do SUS precisa, inicialmente, ir de encontro com a teoria administrativa de Taylorismo, em que está iguais as pessoas a instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Por consequência não há investimentos na produção de sujeitos dotados, ao mesmo tempo, de autonomia e de capacidade para contratar compromissos com outros, o que então não concretiza a democratização do sistema de saúde (CAMPOS, 1998).

Segundo Brasil (2015), a Lei 8080/90 estabelece que o processo de planejamento SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

Nesse aspecto, a ideia de gestão compartilhada entra em cena, pois a mesma se sustenta na ideia de tomada de decisão conjunta, jamais individual, no entanto isso não excluiria a função do líder ou gestor, mas tiraria de palco a mentalidade de que essa figura tomaria a decisão final. A partir disso, o colegiado

construiria seus planos e ações por meio da decisão conjunta, sempre estando subordinadas aos Conselhos de Saúde (CAMPOS, 1998).

Infere-se, pois, que a ação de planejar é de responsabilidade das três esferas de governamentais, que tem papel importante na organização desse sistema e na oferta dos serviços à população. Por consequência, os gestores do SUS estão observando cada vez mais a necessidade de organizar, internamente nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, a descentralização de tarefas, bem como a formação de equipes para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Por meio disso há o início da concretização da gestão compartilhada (BRASIL, 2015).

3.3 TRABALHO EM SAÚDE: CARACTERÍSTICAS, PERFIL E DEMANDAS

Para Merhy, et. al (2005), qualquer atividade humana é considerada um ato produtivo, pois modifica algo e produz o novo. Os seres humanos, ao longo de suas histórias estiveram ligados, de um modo ou outro, a atos produtivos, mudando a natureza. Nesse sentido, essa transformação é considerada pelos autores como trabalho e, passa a ser considerada como um meio de aprendizagem que molda e constrói o modo que se vê e o modo como se age no mundo.

Além disso, nas sociedades de regimes capitalistas, o produto da ação do trabalhador é do patrão ou da instituição que o emprega. Tem como recompensa um salário por trabalhar e não pelos produtos que produz. Nesse viés, a riqueza da sociedade é medida pela quantidade de trabalho e de produtos que o trabalho produz, e é desigualmente distribuída. Em via de regra, o trabalhador é quem menos recebe da riqueza produz. Assim, o trabalho do trabalhador serve para produzir produtos que tenham 'valores de troca' para o patrão (MERHY, et al, 2005).

O trabalho em saúde é visto por Merhy, et. al (2005), como um "trabalho vivo em ato", em que o próprio trabalho é realizado na ação de cuidar, por meio da produção deste. A partir desses pressupostos, os autores ainda refletem que esse trabalho se relaciona com máquinas, normas, instrumentos e produzem um elo com de interação com as tecnologias, que, por vez, resulta no modo de cuidar. Essas tecnologias podem ser entendidas a partir da seguinte visão:

Trabalho e suas tecnologias': o trabalho em saúde pode ser percebido usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram T Trabalho Prescrito 283 os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato (tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado (MERHY, et al, 2005, p.282-283).

Além disso, o trabalho em saúde, em sua maioria, é coletivo, e realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. Algumas categorias profissionais realizam o seu trabalho aplicando características da divisão parcelar do trabalho, como, por exemplo, a enfermagem e a farmácia-bioquímica, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Nesse mesmo sentido, os autores apontam algumas dificuldades no processo de trabalho, como a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e para a burocratização, como problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Logo, o trabalho das equipes sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

3.4 INTEGRALIDADE DO CUIDADO COMO PRINCÍPIO DO TRABALHO EM SAÚDE

O princípio da integralidade reconhece o ser humano como um ser complexo, visível, integrante de um meio social e econômico, a partir desta construção o indivíduo deve ser atendido por um sistema de saúde também integral que esteja voltado para promover, prevenir e recuperar sua saúde em toda sua complexidade. Os profissionais de Enfermagem, são os atores essenciais na implementação prática deste princípio, proposto pelo sistema de saúde brasileiro,

atrelando seu pressuposto profissional à essência do cuidar. Atualmente o enfermeiro assume um papel importante no que se refere à identificação das necessidades de cuidado, sendo que o cuidado de enfermagem é um componente fundamental na promoção e proteção de saúde dos indivíduos, familiares e coletivo (BARBOSA JUNIOR et al., 2016).

A integralidade como princípio SUS, no processo de formação do enfermeiro, exige uma compreensão de que o ensino é um processo construído por docentes, estudantes, profissionais de serviço e comunidade, este conjunto irá determinar as práticas em saúde, de educação e de controle social (BARBOSA JUNIOR et al., 2016).

Para Pinheiro, et al. (2014), o princípio da integralidade é visto como construção da prática social, ganha expressão no campo da saúde à medida que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos ideais. A ideia que a permeia como eixo paradigmático resultando de uma ação social, fruto da interação democrática dos sujeitos em suas práticas no cotidiano da relação entre a demanda e a oferta por cuidado.

Com isso, constatamos mais uma vez que a integralidade tem em seu signo epistemológico “vitruviano” os atributos conceituais, teóricos e práticos para constituir o eixo paradigmático ao se repensar os padrões institucionais de saúde, na perspectiva de superar as trajetórias e práticas da fragmentação e desarticulação do cuidado, fortalecendo os processos de transformação jurídico-político-institucionais em curso na experiência de reforma do Estado Brasileiro, vale destacar que a integralidade é o princípio fundamental norteador das ações de saúde no país (PINHEIRO et al., 2014).

Nesta perspectiva segundo Makuch e Zaganel (2017) a formação de um profissional de saúde comprometido, com os princípios do sistema de saúde brasileiro, quais são, universalidade, equidade e integralidade do cuidado, fortalece sua responsabilidade com a garantia do cuidado dos indivíduos em todas as suas dimensões, equilibrando a excelência técnica e a relevância social.

O preparo de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade e o interesse coletivo pela democratização da saúde motivam a transformação da realidade desarticulada e individualista dos serviços de saúde. O cuidado inserido no conceito da integralidade permeia as ações de saúde, promovendo a articulação do ensino-serviço e a conexão entre saberes e fazeres no alcance de competências

para a integralidade. O ensino da integralidade do cuidado na área de saúde reforça um compromisso dos processos formalização de profissionais de saúde, voltados para uma atuação futura na forma multiprofissional, respeitando e agindo de forma efetivamente múltipla (MAKUCH; ZAGONEL, 2017).

Nesse sentido, em referência à formação em saúde, Makuch e Zagonel (2017, p.516) expressam que “é necessárias múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais, que instituem sujeitos de ação e aprendizados permanentes”. A integralidade vem empregada como a totalidade do atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, uma visão ampla capaz de perceber de modo geral os fatores que se associam ao cliente. O cuidado pautado na integralidade deve ser propagado na graduação para que o saber em saúde possa emergir das necessidades do usuário como forma de transformar o cuidado.

3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PROPOSTA PARA QUALIFICAR O TRABALHO EM SAÚDE

É na educação permanente em saúde (EPS) que ocorre a convergência entre a formação e o trabalho, em que aprendizado e o saberes entrelaçam ao cotidiano das organizações. Consolida-se na aprendizagem efetiva e se constrói a partir dos problemas rotineiros que ocorrem nos espaços de atuação profissional. A EPS considera além da atualização técnica, ela tem como objetivo a transformação das práticas das equipes de saúde, em que utiliza a problematização coletiva do trabalho em equipe na saúde como o marco inicial para direcionar o aprendizado (LOPES, et. al, 2007).

Ceccim (2005) expressa que nos parece

[...] impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, p.163, 2005).

Nesse aspecto, entende-se que a EPS ocupa um espaço de extrema relevância, pois qualifica o trabalhador colocando-o como protagonistas nos serviços de saúde. Para Lopes, et. al (2007), existe uma carência significativa no método de ensino contemporâneo, pois há apenas uma transferência mecânica de informações de professores para alunos, estes irão reproduzir as técnicas e métodos repassados por aqueles. No entanto, isso não efetiva ou concretiza o aprendizado, apenas repete

as informações, não sobrando espaço para reflexões, indagações ou críticas construtivas.

Por outro lado, há estratégias para que esse cenário seja modificado, uma delas se trata da aproximação entre os atores sociais envolvidos com saúde – gestão, formação, atenção e controle social – e construção coletiva das diretrizes para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Isto ocorrerá por meio da EPS, pois nela o trabalho é o pilar central para desenvolver métodos de aprendizagem coletiva (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; LOPES, et. Al, 2007).

Ainda, Ceccim (2005) acredita que a Educação Permanente em Saúde seria o caminho para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde. Isso porque cria ações inter setoriais oficiais e regulares diretamente com a educação, que, por sua vez, poderá modificar os processos formações-graduação, residências, pós-graduação educação técnica, implantando a ampla permeabilidade das necessidades e direitos de saúde da população, além da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Concomitantemente, Lopes, et. Al (2007), descreve que:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente de aprendizagem é o próprio espaço dos serviços de saúde e da gestão do SUS. Esta aproximação faz com que o aprendizado seja baseado na reflexão das práticas cotidianas. Por isso tem sentido, é útil e mais próximo da realidade para o profissional (LOPES et. al, p. 154, 2007).

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é indispensável à ferramenta do diálogo, pois será por meio dele que a problematização das práticas e concepções vigentes se construirá, não de modo abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e, a partir disso “elaborar novos acordos de convivência e práticas, sendo capaz de aproximar os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade” (CECCIM, 2005, p.163).

Ainda, há uma mistura de conceitos envolvendo a educação continuada e a educação permanente. A primeira se utiliza do conhecimento para definir as práticas, objetiva a atualização dos conhecimentos técnicos, tendo como público os profissionais dentro de suas especialidades. Já a educação permanente parte da ideia de que as práticas são definidas por diversos fatores sendo eles:

conhecimentos, valores, relações. Tudo isso, por sua vez, precisa fazer sentido para os sujeitos envolvidos, além da modificação do processo de trabalho (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Observa-se a necessidade de um conjunto de ações em que a educação e os sujeitos que ocupam os serviços de saúde trabalhem mutuamente, buscando o aprimoramento por meio das problemáticas vivenciadas no cotidiano e, através disso, elaborar estratégias para que se modifique a realidade. Essa ideia, não é estática, mas dinâmica e precisa constantemente ser aperfeiçoada por meio de diálogos, sugestões e opiniões diferentes. Nisso se concentra a educação permanente, utilizar a realidade para construir e modificar mazelas do serviço se apoiando nas ferramentas de ensino e, conseqüentemente melhorando a qualidade do trabalho em saúde (LOPES, et. al, 2007).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa.

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, sendo frequentemente aplicado nos estudos descritivos (RICHARDSON, 1999).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido junto ao serviço de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de um município de grande porte do sul catarinense.

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Os questionários foram aplicados aos trabalhadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, dentre eles Agentes Comunitários(as) de Saúde, higienizadores(as), técnicos(as) de enfermagem, técnico(a) ocupacional, técnicos(as) de saúde bucal, dentistas, profissionais de educação física, enfermeiros(as), farmacêuticos(as), fisioterapeutas, médicos(as), nutricionistas, psicólogos(as), considerando os critérios de inclusão e exclusão.

4.3.1 Critério de inclusão

Possuir vínculo empregatício junto a SMS, nas mais variadas formas de contratação.

4.3.2 Critério de exclusão

Profissionais que não atuam na Atenção Primária em Saúde do município.

Estagiários remunerados e não remunerados em estágios obrigatórios de ensino superior.

Atuar em serviços da SMS que não estão ligados hierarquicamente a Atenção Básica do município.

4.4 AMOSTRA

O cálculo de amostra considerou o total de profissionais da AB do município 646, prevalência de desfecho de 50% e nível de confiança de 99%, totalizando 328 pessoas (DEAN, 2013). A fim de atender a paridade de participantes dos serviços de AB, bem como, para atender as perdas e recusas, acrescentou-se 10%, o cálculo amostral indicando um $n = 361$. Frente aos questionários devolvidos, tivemos um total de respondentes $n = 370$.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA, PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICAS

A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro e março de 2020, por meio de um questionário autoplicável (Apêndice A), estruturado com perguntas fechadas e abertas, contendo informações sobre o perfil dos participantes, vínculos empregatícios, formação e qualificação profissional.

Esse instrumento foi aplicado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU) do município de grande porte do sul catarinense, contudo, seus dados não haviam sido tabulados e analisados. A partir dos instrumentos coletados, o núcleo solicitou um movimento de integração ensino-serviço que previsse a possibilidade que tal material fosse analisado.

Assim, pegou-se junto ao NEPSHU os documentos físicos e estruturou-se a tabulação das informações em um documento do *Microsoft Excel® 2016*. O instrumento é composto por IV blocos: Bloco I – Identificação; Bloco II – Formação; Bloco III – Informações empregatícias; e, Bloco IV – Cursos de aperfeiçoamento.

As variáveis dependentes e independentes analisadas foram: sexo; faixa etária; escolaridade de acordo com os níveis técnicos, graduação, especialização e mestrado; estado civil; município de residência, se reside no município de vínculo; local de trabalho; função; carga horária semanal; quantidade de vínculos; tipo de vínculo empregatício; turnos de trabalho; locais de atuação em demais áreas; vínculo que dedica maior carga horária; locais onde já atuaram; se obtém cursos de aperfeiçoamentos; se estão aptos para desenvolver EPS.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados foi criado um banco de dados no *Software Microsoft Excel®* versão 2016, a partir do qual foi realizada a análise descritiva. As variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas estão expressas através de descrição estatística simples.

Após a análise os dados estão discutidos por referenciais sobre processo de trabalho, organização dos serviços e da educação permanente em saúde e política de humanização.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao propósito de atender as exigências formais relativas aos aspectos éticos em pesquisa, expressas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a presente pesquisa incorpora os referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01), os quais asseguram os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos participantes da pesquisa e as instituições pesquisadas.

Com vistas a atender as exigências formais relativas aos aspectos éticos em pesquisa, os pesquisadores apresentaram a proposta à SMS via e-mail eletrônico, a fim de que fosse apreciada e emitisse a Carta de Aceite. Visto a coleta de dados terem sido retrospectiva, todos os participantes que responderam ao estudo foram contactados e fizeram a leitura e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), sendo que foi expresso pelos pesquisadores, que se caso desejassem que os instrumentos por eles respondidos não entrassem no banco de dados da pesquisa, tinham liberdade em não participar. A estruturação do banco de dados ocorreu após a aplicação dos TCLEs, depois da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética sob parecer n. 4.298.363 e CAAE:38244720.6.0000.0119 (ANEXO A).

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, serão assegurados aos participantes no processo de análise e

apresentação e publicização dos resultados. É de conhecimento que toda a pesquisa envolve riscos, porém, visto o desenho do estudo é necessário destacar que:

a) Os **riscos** para participação foram minimizados, pois as pessoas que aceitaram participar do estudo preencheram um (1) questionário autoaplicável com perguntas fechadas (múltipla escolha) e abertas (escrever a sua resposta), em data e horário apropriados aos participantes. Ainda, fica garantido aos participantes que os mesmos não serão prejudicados, visto que a SMS está ciente sobre a natureza da pesquisa a qual visa contribuir para melhorias no processo de trabalho em saúde e atualizar informações no CNES. A pesquisa foi preenchida no turno de trabalho.

b) Os **benefícios**: ao aceitar participar do estudo, o participante estará colaborando com uma pesquisa que visa analisar o perfil dos trabalhadores e a sua força de trabalho da AB do município, a fim de reconhecer as potencialidades dos trabalhadores, bem como fragilidades envolvendo o processo de trabalho para estruturação de melhorias ao trabalhador. Acredita-se que a pesquisa trouxe aos participantes a possibilidade de refletir sobre seu processo de trabalho, bem como, fortalecer a equipe ao reconhecer e valorizar as expertises individuais, a fim de prestar um atendimento qualificado e resolutivo a população.

Ainda, foi assegurado aos trabalhadores e a SMS, mediante compromisso assumido por nós pesquisadores, que as informações coletadas foram utilizadas para fins de pesquisa. Após o término da pesquisa e aprovação por uma banca de avaliadores e apresentação pública do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, nos comprometemos em entregar uma cópia do TCC via e-mail (no formato digital PDF) ao NEPSHU/SMS/Criciúma.

Os resultados serão socializados na comunidade científica acadêmica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos científicos nacionais. Além, da publicação de um periódico científico, de modo a expandir o conhecimento e contribuir com o debate em torno desse importante tema que envolve aspectos do trabalho e saúde do trabalhador.

5 RESULTADOS

Dentre os 370 profissionais participantes do estudo, a maioria é do sexo feminino (n=324; 87,5%), com idade entre 30 e 39 anos (n=148;40%), casados (n=194; 52,5%), sendo que os níveis de escolaridade mais expressivos foram nível médio (128; 35%) e nível superior completo (127; 34%); com pós-graduação lato sensu (33; 9%). Em relação ao município de residência 328 (88,6%) são de Criciúma, os demais residem em cidades da Macrorregião Sul, conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1: Identificação dos participantes da pesquisa, 2020.

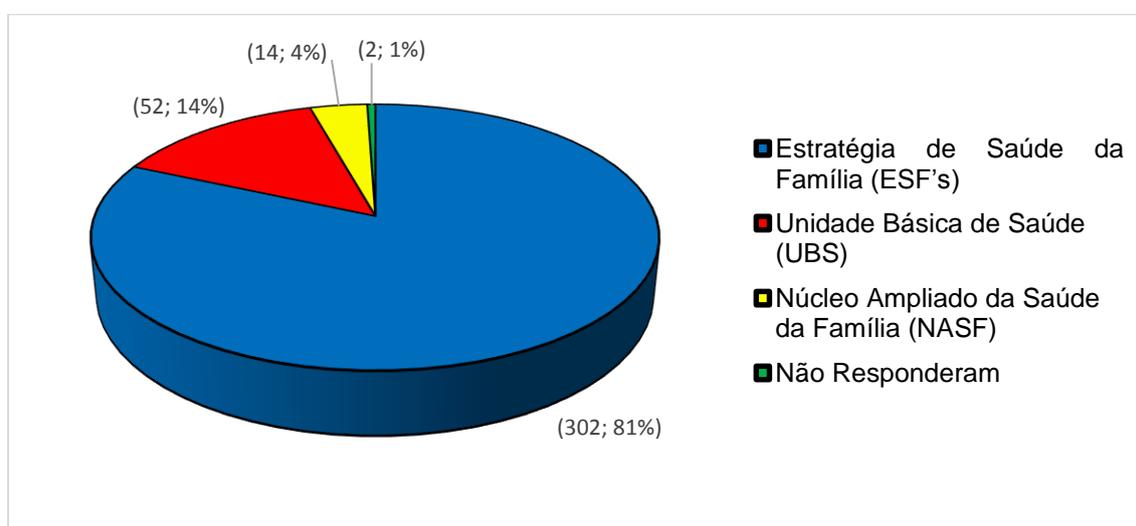
Variável	n(%) n=370
Sexo	
Masculino	39 (10%)
Feminino	324 (87,5%)
Não responderam	7 (2%)
Faixa etária	
20 a 29 anos	57 (15%)
30 a 39 anos	148 (40%)
40 a 49 anos	80 (22%)
50 a 59 anos	56 (15%)
60 a 70 anos	17 (5%)
Não responderam	12 (3%)
Estado Civil	
Solteiro	131 (35%)
Casado	194 (52,5%)
Viúvo	3 (1,3%)
Separado	2 (0,7%)
Divorciado	18 (5%)
União Estável	12 (3%)
Não responderam	10 (2,5%)
Nível de escolaridade	
Nível fundamental	9 (2%)
Nível médio	128 (35%)
Nível técnico	16 (4%)
Nível superior incompleto	36 (10%)
Nível superior completo	127 (34%)
Especialização	33 (9%)
Mestrado	3 (1%)
Não responderam	18 (5%)
Município de residência	
Araranguá	6 (2%)
Balneário de Rincão	1 (0,25%)
Criciúma	328 (88,6%)
Cocal do Sul	2 (1%)
Forquilha	6 (2%)
Içara	12 (3%)
Maracajá	1 (0,25%)
Nova Veneza	2 (1%)
Tubarão	1 (0,25%)
Urussanga	4 (1%)

Não responderam 7 (2,25%)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020.

Em relação ao local de trabalho dos participantes, houve representação de todos os espaços de atuação, sendo que 81% atuam em Estratégia Saúde da Família, bem como, um quantitativo atua em outros serviços, como Unidades Básicas de Saúde (14%) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família-AB (4%), conforme explicitado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Locais de trabalho na Atenção Primária a Saúde



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020.

Quanto às funções em exercício dos participantes, a maioria é ACS (n=129; 35%), seguidos por técnicos de Enfermagem (n=67; 18%). Em nível superior o maior número de respondentes foi enfermeiros (n=42; 11%), seguidos por médicos (n=35;9%), conforme expresso na tabela 2.

Tabela 2: Função em exercício do participante

Função	N (%)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	129 (35%)
Auxiliar de Saúde Bucal	18 (5%)
Profissional de Educação Física	3 (0,8%)
Enfermeiro (a)	42 (11%)

Farmacêutico (a)	5 (1,4%)
Fisioterapeuta	5 (1,4%)
Higienizador (a)	28 (8%)
Médico (a)	35 (9%)
Nutricionista	4 (1%)
Dentista	22 (6%)
Psicólogo (a)	5 (1,4%)
Técnico (a) em enfermagem	67 (18%)
Técnico (a) ocupacional	1 (0,4%)
Não quiseram responder	6 (1,6%)
TOTAL	370 (100%)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020.

Sobre o número de vínculos empregatícios dos participantes a tabela 3 mostra que ($n=313$; 85%) dedicam-se em apenas 1 vínculo empregatício, enquanto que se destaca que ($n=5$;1%) possuem 3 vínculos.

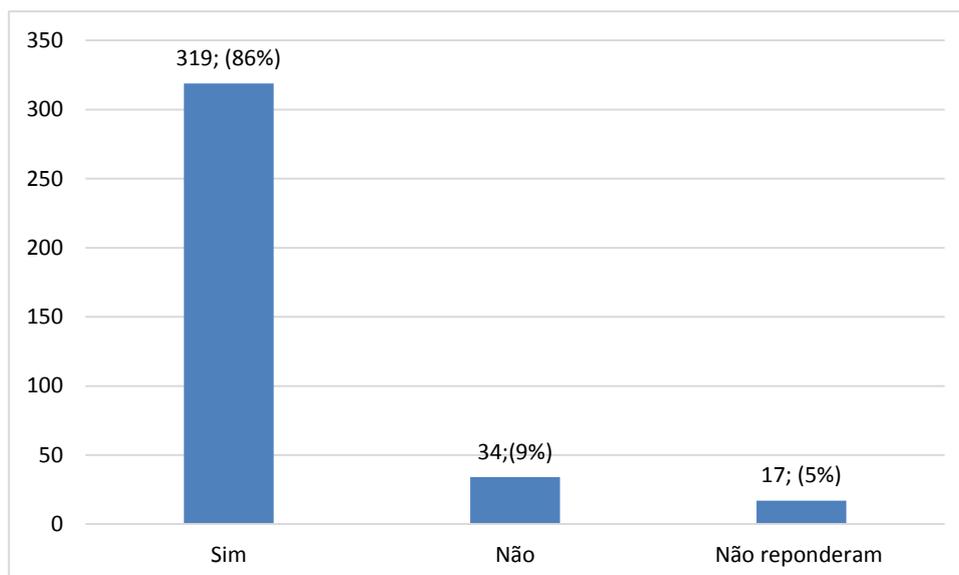
Tabela 3: Número de vínculos empregatícios dos participantes

Quantidade de vínculos empregatícios	N (%)
01 Vínculo	313 (85%)
02 Vínculos	28 (8%)
03 Vínculos	05 (1%)
Não Responderam	24 (6%)
TOTAL	370 (100%)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Sobre o município de residência, se reside ou não na cidade do emprego de maior vínculo, os dados mostram que ($n=319$; 86%) residem no município de maior vínculo empregatício, conforme expresso no Gráfico 2.

Gráfico 2: Número de participantes que residem no município de maior vínculo empregatício



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Quanto à carga horária semanal dos participantes conforme o quadro 1, destaca-se que 337 realizam uma jornada de 40 horas semanais. Destaca-se que 5 participantes desenvolvem uma carga horária igual ou superior a 60h semanais.

QUADRO 1: CARGA HORÁRIA SEMANAL DOS PARTICIPANTES

Carga horária semanal	N
10 horas	6
15 horas	1
20 horas	8
30 horas	7
40 horas	337
60 horas ou mais	5
Não quiseram responder	5

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Em relação aos turnos de trabalho, no quadro 2 é possível constatar que a maioria trabalha nos turnos matutinos e vespertinos. Relacionado a qualidade de vida, é importante destacar que entre os participantes da mostra, 29 trabalham os 3 turnos de trabalho.

QUADRO 2: Turnos de trabalho dos participantes

Turnos de trabalho	N
Matutino	9
Vespertino	1
Matutino e Vespertino	295
Matutino e Noturno	1
Matutino, Vespertino e Noturno	29
Finais de Semana	17

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Sobre o tipo de vínculo dos participantes a tabela 4, expressa ($n=180$; 47,5%) dos participantes são por Processos Seletivos, e, ($n=156$; 43%) são estatutários, servidores públicos e concursados.

Tabela 4: Tipo de Vínculos dos participantes

Tipo de vínculo	N (%)
Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)	10 (3%)
Estatutário, servidor público, concursado	156 (43%)
Contrato emergencial	2 (0,5%)
Processo Seletivo	180 (47,5%)
Não quiseram responder	22 (6%)
TOTAL	370 (100%)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

O Quadro 3 expressa as informações sobre os locais de atuação dos participantes, destaca-se que ACS atuam 113 em ESF e 16 em UBS. Já os entre Técnicos(as) de Enfermagem 53 referem atuar em UBS e 1 também em hospital. Os Enfermeiros (as) atuam 35 em ESF, 7 em UBS, e apenas 1 em docência. Entre os médicos(as) a atuação é heterogênea, pois 31 em ESF, 10 em UBS, 12 em hospitais, 1 em SAMU, 4 em docência e 5 em outros.

QUADRO 3: Locais de atuação dos participantes da pesquisa, 2020

Função/ Atuação	ESF	UBS	Hospital	SAM U	Docência	Outros
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	113	16	-	-	-	-
Auxiliar de Saúde Bucal	17	2	-	-	-	-
Profissional de Educação Física	3	3	-	-	1	-
Enfermeiro(a)	35	7	-	-	1	1

Farmacêutico(a)	4	3	-	-	-	-
Fisioterapeuta	5	3	-	-	-	2
Higienizador(a)	21	7	-	-	-	-
Médico (a)	31	10	12	1	4	5
Nutricionista	4	2	-	-	-	-
Odontólogo (a)	21	2	-	-	1	4
Psicólogo (a)	5	4	-	-	1	1
Técnico(a) em enfermagem	14	53	1	-	-	-
Técnico(a) ocupacional	1	-	-	-	-	-
Sem função respondida	4	-	-	-	-	-

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

O quadro 4 expressa o nível de formação dos participantes, segundo cargo/funções que ocupa/desenvolve na AB do município.

QUADRO 4: Formação dos participantes da pesquisa de acordo com a função exercida

Agentes Comunitário (a) de Saúde	
Nível técnico	N
Tec. Contabilidade	3
Tec. Enfermagem	7
Tec. em Gestão e RH	1
Tec. em meio ambiente	1
Tec. em gestão financeira	1
Bancário	1
Magistério	1
Administração	1
TOTAL	16
Graduação	N
Tecnologia em Gestão de RH	1
Serviço Social	4
Direito	2
Pedagogia	4
Secretariado executivo/MBA	1
Ciências biológicas	1
Licenciatura em Geografia	1
Comunicação social/Jornalismo	1
Artes visuais	1
TOTAL	16
Especialização	N
Advocacia trabalhista	1
Neuropsicopedagogia	2
Artes	1
TOTAL	4
Higienizadores (as)	
Técnico	N
Enfermagem	1
TOTAL	1
Graduação	N
Teologia	1
TOTAL	1
Técnicos (as) de enfermagem	
Graduação	N

Administração de Comércio Exterior	1
Enfermagem	12
Serviço Social	1
Pedagogia	2
Direito	2
Sistema de Informação	1
TOTAL	19
Especialização	N
Auditoria e Regulação em Saúde	1
Educação infantil em séries iniciais	1
Alfabetização e letramento	1
Enfermagem do trabalho	1
Direito e processo de trabalho	2
Saúde da família	1
TOTAL	7
Dentista	
Graduação	N
Educação física	1
TOTAL	1
Especialização	N
Implantodontia	2
Saúde da Família	4
Gestão de Saúde Pública	1
Bioquímica	1
Biologia molecular	1
Uninga HOF	1
TOTAL	10
Mestrado	
Proteção radiológica	1
TOTAL	1
Profissional de Educação Física	
Técnico	N
Massoterapia	1
Magistério	1
TOTAL	2
Especialização	N
Educação	1
Educação Infantil	1
Diversidade	1
Rede de proteção social	1
Neurociência	1
Desenvolvimento de aprendizagem	1
Gestão educacional	1
TOTAL	7
Mestrado	N
Educação: rede de atendimento à pessoa com deficiência	1
TOTAL	1
Enfermeiro (a)	
Técnico	N
Massoterapia	1
Administração	1
Análise Clínica	1
Patologia clínica	1
Podologia	1
Enfermagem	5
TOTAL	10

Especialização	N
Saúde da família	9
Urgência e Emergência / UTI	5
Urgência e Emergência Obstetrica	1
Ginecologia e Obstetrícia	4
Gestão na atenção básica	3
Enfermagem do trabalho	6
Gerontologia	1
MBA Gestão em Saúde	2
CCIH	1
Auditoria e regulação em saúde	2
Saúde Coletiva	3
Materno infantil	2
Estomaterpia	2
Vigilância Sanitária	1
Terapias integrativas e complementares	1
TOTAL	43
Mestrado	N
Educação	1
Saúde Coletiva	2
Gestão hospitalar	1
Auditoria em saúde	1
Gestão pública em educação profissional e tecnológica	1
TOTAL	6
Farmacêutico (a)	
Técnico	N
Química	1
TOTAL	1
Especialização	N
Análises clínicas	1
Bioquímico	1
Saúde coletiva	1
Gestão da atenção básica	1
TOTAL	4
Médico(a)	
Técnico	N
Eletrotécnica	1
TOTAL	1
Especialização	N
Saúde da família	3
Saúde em casa/atenção domiciliar	1
Medicina de emergência	1
Ginecologia e obstetrícia	1
Pediatria	4
Puericultura	1
Medicina do trabalho	2
Cirurgia geral	1
TOTAL	14
Mestrado	N
Ciências da Saúde	1
Ciências ambientais	1
TOTAL	2
Psicólogo (a)	
Técnico	N
Mecânica Industrial	1
TOTAL	1
Especialização	N

Diretos das crianças e dos adolescentes política pública	1
Saúde mental e atenção psicossocial	1
MBA e Gestão de pessoas	2
Ginecologia e obstetrícia	1
Terapia cognitiva e comportamental	2
Terapia cognitivas e comportamentais na infância e adolescência	1
TOTAL	8
Mestrado	N
Gestão do conhecimento	1
TOTAL	1

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Analisando a formação e a atuação dos profissionais expressa no quadro 4, constata-se que entre os ACS, 16 possuem formação em nível técnico, sendo 7 Técnicos em Enfermagem. Também 16 possuem formação em nível superior, em que 4 são formados em Serviço Social, 4 em Pedagogia e 2 em Direito; 4 ACS tem formação em nível de especialização, sendo as áreas de artes, neuropsicopedagogia e advocacia trabalhista.

Entre os higienizadores, 1 possui nível técnico em enfermagem e 1 possui nível superior em Teologia, os demais a formação descrita no instrumento é de nível fundamental e médio.

Sobre os Técnicos em Enfermagem, 12 possuem ensino superior em Enfermagem, 2 em Direito e 2 em Pedagogia. Quanto em nível de especialização, 2 possuem direito e processo do trabalho, 1 em auditoria e regulação em saúde, 1 em saúde da família e 1 em enfermagem do trabalho. Contudo, seguem atuando como técnicos junto a SMS, visto a modalidade de contratação.

Em relação aos profissionais lotados para cargos com nível superior. Entre os dentistas, 1 tem uma segunda graduação (educação física), 10 possuem formação em nível de especialização e apenas 1 formação em nível de mestrado. Quanto a formação dos profissionais de educação física, 2 possuem nível técnico, 7 são especialistas em diferentes áreas ligadas a sua formação, apenas 1 tem mestrado.

Sobre os Enfermeiros, 10 tiveram formação técnica, sendo que 5 eram técnicos de enfermagem. Entre os enfermeiros participantes, 43 são especialistas nas

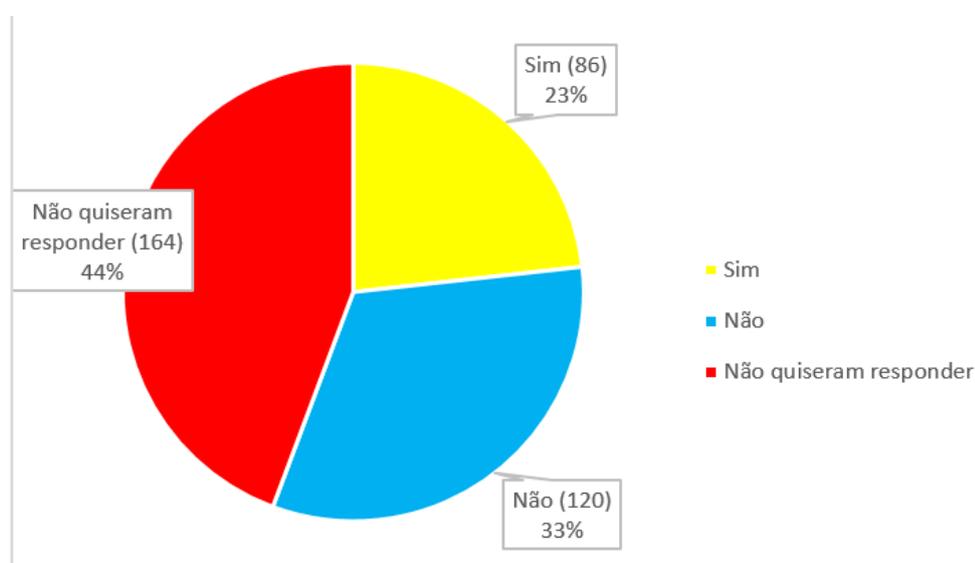
mais diversas áreas, sendo que 18 a área de especialidade tem interface com a AB; 6 possuem o título de mestre, sendo 4 em áreas com afinidade para atuação na AB.

Quanto aos Farmacêuticos, entre os participantes, 1 foi técnico de enfermagem, e 4 possuem especialização, sendo 2 na área de atuação da AB. Em relação aos Médicos participantes, 14 possuem especialização, mas apenas 4 relacionadas ao tema de AB. Ainda, em relação ao mestrado apenas 2 são mestres, nenhum na área da Saúde Coletiva.

Entre os Psicólogos, 8 possuem especialização, sendo 4 com interface direta com as ações desenvolvidas na AB. Um participante tem o título de mestre em uma área que permite uma atuação ampla.

O gráfico 3 corresponde ao número de profissionais que estão aptos ou não para realizar EPS em suas unidades.

Gráfico 3: Percentual de participantes que se sentem aptos para a condução de EPS.



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Dos 86 participantes que se sentem aptos para desenvolverem ações de Educação Permanente em Saúde, apenas 41 possuem algum curso de aperfeiçoamento além de sua área de atuação.

De acordo com a tabela 5, dos 370 participantes da pesquisa, apenas 108 possuem cursos de aperfeiçoamento dentro de sua área ou não, dado número equivalente a 29% dos participantes totais.

Tabela 5: Participantes com cursos de aperfeiçoamento

Função	N (%)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	18 (17%)
Auxiliar de Saúde Bucal	8 (7%)
Profissional de Educação Física	3 (3%)
Enfermeiro (a)	17 (16%)
Farmacêutico (a)	4 (3,5%)
Fisioterapeuta	2 (1,5%)
Higienizador (a)	8 (7%)
Médico (a)	13 (12%)
Nutricionista	3 (3%)
Dentista (a)	9 (8%)
Psicólogo (a)	3 (3%)
Técnico (a) em enfermagem	20 (19%)
TOTAL	108 (100%)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2020

Entre os participantes, apenas (n=41; 11%) participantes expressaram experiência em docência. Destes, 15 são Enfermeiros, 15 são médicos, 6 são dentistas, 02 são ACS, 01 é Auxiliar de Saúde Bucal, 01 Profissional de Educação Física, 01 Farmacêutico, 01 Higienizador e 01 Psicólogo.

6 DISCUSSÃO

Ao analisar as características sócio-demográficas dos profissionais das equipes da AB, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino (n=324;87,5%) nas áreas de atuação. Esse dado corresponde ao estudo de Nunes *et al.*, (2015), os quais expressam que desde os anos 2000, já era predominante a força de trabalho feminina na saúde, como também a porcentagem maior sobre as escolaridades dos participantes, sendo que 60% tinham ensino médio/ensino superior. Destaca-se a predominância ao município de residência, sendo que 86,6% residem no município onde trabalham, sendo esse um aspecto de qualidade de vida para os profissionais.

Ao analisar a escolaridade dos profissionais, verificou-se que os ACS apresentam escolaridade acima da exigida para o cargo, condição que representa um grande avanço se comparada à época da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) no Brasil, datada de 1991, sendo que a condição exigida era que soubessem ler e escrever. Mais recentemente, na Lei nº 11.350, de 2006, explicitou, em seu artigo 6º, que a conclusão do ensino fundamental e do curso de qualificação básica para formação de ACS são requisitos para o exercício da atividade (NUNES *et al.*, 2015).

Contudo, é importante a reflexão das condições do mercado de trabalho na região, a qual mesmo um profissional com nível superior, não encontra espaço de atuação. Segundo Nunes *et al.*, (2015), a educação e a formação de pessoal são formas de valorização da força de trabalho e, por consequência, um instrumento importante de gestão do trabalho, logo, é importante a SMS mapear esses trabalhadores e convidar os mesmos para a elaboração e condução de ações de EPS, a fim de que possam, ao promover EPS, também se manter atualizados, em suas formações em nível superior.

Outro ponto positivo do estudo remete que 88,6% dos participantes residem no município de trabalho, isso facilita com que o funcionário tenha um conhecimento maior sobre as abrangências, familiarização e criação de vínculo com

os usuários, não perca horas de locomoção ao trabalho, e isso é refletido em ganhos na qualidade de vida.

Sobre a quantidade de vínculos empregatícios, percebe-se que 85% dos participantes possuem apenas um vínculo empregatício, isso mostra que os profissionais, tem a possibilidade de desenvolver um trabalho qualificado, por não possuir a pressão e exaustão de trabalhar em diversos espaços. É de conhecimento que quando descobre de mais de um vínculo empregatício, nem sempre o profissional atua da melhor forma possível, devido barreiras que o impede como: falta de sono, rotatividade constante, sobre carregamento do trabalho diário, sem falar sobre a saúde mental do profissional (NUNES *et al.*, 2015).

A Atenção Básica (AB) e a força de trabalho em saúde são consideradas os grandes desafios do nosso sistema de saúde, principalmente nas duas últimas décadas. O setor saúde no Brasil é dinâmico, com alta rotatividade de trabalhadores e absorve com rapidez às mudanças do mercado de trabalho. Para Carvalho *et al.*, (2018), há fatores que modificam rapidamente o perfil profissional, bem como mudanças tecnológicas nos serviços de saúde e pontos de clivagem das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais (CARVALHO *et al.*, 2018).

Com a expansão da Atenção Básica e o aumento das unidades de trabalho nos estabelecimentos de saúde, se faz presentes profissionais qualificados e competentes para que o exerça o trabalho de forma acentuada, com ênfase em dinâmica com a equipe, sendo possível a oferta de subsídios aos usuários. De fato, um dos princípios da atenção básica é a descentralização e, assim, as equipes de Saúde da Família (eSF) devem estar o mais perto possível dos usuários dos serviços e as UBS consistem no tipo de estabelecimento de saúde predominante nesse nível de atenção, visto que as UBS são, reconhecidamente, os pontos de atenção de maior capilaridade do SUS (CARVALHO *et al.*, 2018).

Diante ao exposto, a centralidade do papel dos trabalhadores constitui-se a um grande desafio para a implementação da AB, sendo a partir das relações que se estabelecem entre trabalhador-usuário, usuário-trabalhador e trabalhador-trabalhador onde ocorrem mudanças e melhorias na prática e no cotidiano dos serviços (NUNES *et al.*, 2015).

Segundo Nunes *et al.*, (2015), o planejamento da força de trabalho em saúde é um ato político e está condicionado não só ao conhecimento técnico, mas, também, entre outros fatores, como ao modelo vigente de atenção à saúde, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores de saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde (NUNES *et al.*, 2015).

Nessa mesma direção, Rizzotto, (2014) afirma que a ampliação da AB não se pautou pela universalidade, muito menos pela resolutividade do sistema e, sim, pela focalização em populações sem acesso aos planos e serviços privados de saúde. Não se direcionou como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, na maioria das vezes, em função da baixa resolutividade, somou para ampliar as filas de espera nos níveis de média e alta complexidade, sob hegemonia do setor privado (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

A consolidação da AB como estruturante do sistema de saúde, universal e com alto grau de resolutividade, requer o enfrentamento aos desafios impostos historicamente ao SUS e que, por sua vez, não se desvinculam do modelo econômico vigente. As condições estruturais aliadas à falta de priorização da saúde no campo político governamental são fatores que contribuíram para um desvio de rumo do SUS e, conseqüentemente, da AB como primeiro e essencial acesso ao sistema, que deveria resolver 85% dos problemas de saúde da população. Com isso impacta diretamente na relação à composição da força de trabalho na AB, a ideia de trabalho em equipe multiprofissional ganhou destaque a partir da década de 1970, período de expansão dos serviços públicos de saúde no País, especialmente por meio da atenção primária em unidades de saúde e da atenção ambulatorial em hospitais privados, financiados pelo setor público (RIZZOTTO *et al.*, 2014).

Como objetivo do estudo, a força de trabalho, a fim de fortalecer os serviços de saúde, quando o próprio acesso ao cuidado em saúde fica comprometido quando a equipe não dispõe de profissionais em quantidade, apto para desenvolver as atividades a que o compete até mesmo em tempo adequado para o atendimento, nota-se um declive ao rendimento profissional, bem como a insatisfação dos usuários e a pouca resolutividade passa a ser aliada da equipe (RIZZOTTO *et al.*, 2014)..

Neste contexto, a EPS vem como uma ferramenta de apoio técnico pedagógico, em prol do fortalecimento profissional e da equipe, referente ao conceito pedagógico, visando favorecer as relações entre ensino e serviço, bem como, fortalecer a docência e a atenção à saúde, atuando nos eixos de formação, gestão, desenvolvimento e até no controle social. Nesse processo, os trabalhadores são como protagonistas do cotidiano nos serviços de saúde, transformando contextos, construindo e desconstruindo saberes, de igual forma a EPS desponta como estratégia do Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos profissionais da saúde e para o fortalecimento do SUS (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

As ações de Educação Permanente em Saúde não se tratam apenas de capacitações ou de treinamentos, mas sim da construção de conhecimentos numa forma horizontal, intersetorial e interdisciplinar no espaço de trabalho. Focaliza a relação ensino-aprendizagem movida pelos debates críticos e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, mostrando que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta (SILVA, et al. 2010).

Do estudo, 86 participantes que se sentem aptos para desenvolverem ações de Educação Permanente em Saúde, apenas 41 possuem algum curso de aperfeiçoamento além de sua área de atuação, desses, 38 expressaram as áreas e os temas em que conduziriam as ações. Outro dado importante é que dos 370 participantes da pesquisa, apenas 108 possui cursos de aperfeiçoamento dentro de sua área ou não, dado número equivalente a 29% dos participantes, número considerado baixo em relação ao total de participantes. Todavia, conforme expresso nos resultados, do total de participantes (370), apenas 41 (11%) relataram experiência com docência.

Nessa direção, é necessário lembrar que a EPS inicia a partir das dúvidas que surgem do e no processo de trabalho e que são esclarecidas por outros profissionais, revelando a construção de novas relações que possibilitam a transformação para o trabalho, influenciando diretamente a qualidade dos serviços de saúde. A EPS segundo Silva, Matos e França (2017) encontra-se em movimento dialético, cercada por contradições, mas que ao mesmo tempo invoca um novo pensar em saúde.

Essa perspectiva remove os profissionais do papel que sujeitos e os coloca como protagonistas no processo do ensino-aprendizagem, sendo um importante dispositivo da EPS, neste sentido, sevem a produção de mudanças no campo da saúde. O objetivo da a EPS não está restrita a momentos pontuais ou palestras isoladas proferidas por especialistas, mas sim compreender o processo de mudança no trabalho em saúde, com abertura para maior participação social (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

A EPS é uma das formas mais profícuas de qualificar os trabalhadores da atenção básica, o que contribui para a valorização e a satisfação dos servidores, sendo também um valioso instrumento no aperfeiçoamento do processo de trabalho. Em relação a um estudo que, embora haja a oferta e a valorização da EPS nos serviços de atenção básica, a participação dos trabalhadores é baixa, situação dada que indica a necessidade de ações que fortaleçam a participação, envolvimento e comprometimento, para que possam atrelar as ações educativas com as necessidades de trabalhadores e usuários (SILVA *et al.*, 2020).

7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo propiciam um maior conhecimento das características da força de trabalho na AB da secretaria de saúde de um município de grande porte do sul catarinense.

A pesquisa revelou vários aspectos positivos, como a diversidade das categorias profissionais, com enfoque numa equipe multidisciplinar. Além dos números consideráveis em relação ao nível de formação dos participantes, tendo destaque os profissionais de nível médio e superior. Nesse aspecto, há um número significativo de indivíduos que continuam a buscar conhecimento e aperfeiçoar o nível de formação. Do mesmo modo é notório que a maioria dos respondentes reside no município de seu maior vínculo empregatício, aspecto indicado em estudos como promotor de qualidade de vida.

Sob outro prisma, no que se refere aos campos de EPS, observa-se um número baixo de participantes que se sentem aptos para conduzir ações de EPS e alguns desses possuem bagagens de conhecimento técnico científicos para a mediação dessas atividades. Ainda, vale ressaltar que essas ações contribuem para o crescimento profissional, aperfeiçoamento da equipe e um melhor atendimento para o usuário no serviço de saúde.

Outro fator a se considerar, é o número de participantes exercendo determinado cargo, no entanto, com um alto nível de formação em outra área ou mesmo em áreas em que há maior procura por parte de outras instituições. Nesse sentido, identificar esses participantes e considerá-los junto a necessidade da força de trabalho do município seria de grande expertise.

Infere-se, portanto, que este estudo trouxe uma visão geral da força de trabalho, bem como a identificação do perfil dos participantes. Contudo, deixamos como sugestão para realização de novos trabalhos a possibilidade de realização de um estudo censitário com todos os profissionais lotados junto a SMS, a fim de que seja possível fazer uma análise dos diferentes espaços em que estão ocupando. Bem como, é importante em futuros estudos, identificar as dificuldades por parte dos participantes em realizar EPS, bem como, aspectos relacionados a saúde e qualidade de vida dos colaboradores da SMS.

8 REFERÊNCIAS

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 59, p. 905-916, 13 maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

BARBOSA JUNIOR, Adriano José et al. O princípio da integralidade como norteador da formação do enfermeiro. **Espaço Para A Saúde: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 101-106, jul. 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/viewFile/373/13>. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. **A gestão do SUS**. Brasília: Brasil, 2015. 134 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 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, set. 1990.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. Brasília, dez. 1990.
PIRES, Alessandra Fontanelli et al. **A importância da teoria do autocuidado de dorothea e. Orem no cuidado de enfermagem**. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2533>. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 19 mai. 2020

CAMPOS Gastão Wagner de Sousa.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul/ago, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 863-870, dez. 1998. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/1998.v14n4/863-870/pt>. Acesso em: 13 set. 2020.

CARVALHO, Marselle Nobre de *et al.* Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 295-302, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-168, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 22 mai. 2020.

DERMINDO, M. P. Gestão eficiente na saúde pública brasileira. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 11, 12 dez. 2019.. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/933> Acesso em: 13 set. 2020

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: Integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FREITAG, Raquel Meister Ko. **Aspectos éticos na pesquisa sociolinguística**. 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/download/49615511/Aspectos_eticos_na_pesquisa_sociolinguistica.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

LUCCHESI, Patrícia *et al.* **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: Brasil, 2002. 175 p. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/polit_intro.pdf. Acesso em: 13 set. 2020.

MAKUCH, Débora Maria Vargas; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma revisão sistemática. : uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 41, n. 4, p. 515-524, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20170031>.

MERHY, Emerson Elias, et al. **Trabalho em saúde**. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/23/Trabalho-em-Saude-Merhy--Franco.pdf> Acesso em: 13 set. 2020.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER L.C.M.; CECCIM R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Coletiva**, Buenos Aires, v.2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MERINO, Maria de Fátima Garcia Lopes et al. Nursing theories in professional training and practice: perception of postgraduate nursing students. : perception of postgraduate nursing students. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**,

[s.l.], v. 19, p. 1-8, 19 jun. 2018. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 28 de Maio de 2020.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná*. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, mar. 2015. 29.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de *et al.* QUALITY OF CARE: concepts from nursing students: CONCEPTS FROM NURSING STUDENTS. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 29-35, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150003>.

PINHEIRO, R.; SILVA, F. H.; LOPES, T. C.; JUNIOR, A.G.S. Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco, 2014. 368 p.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, 20: 438-446.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. SP: Atlas, 1999, 334 p.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon *et al.* Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica no paraná. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 38, n. , p. 237-251, out. 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s018>.

SEBOLD, Luciana Fabiane *et al.* Care is... nursing student perceptions: a heideggerian perspective. : A Heideggerian perspective. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 243-247, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160032>.

SILVA, Kênia Lara; MATOS, Juliana Alves Viana; FRANÇA, Bruna Dias. The construction of permanent education in the process of health work in the state of Minas Gerais, Brazil. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-8, 7 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0060>.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; PEDUZZI, Marina; ORCHARD, Carole; LEONELLO, Valéria Marli. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v.

49, n. 2, p. 16-24, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000800003>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al . Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 1, e58779, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100407&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 dez. 2020. Epub 04-Maio-2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>

SOUSA, Solange Meira de et al . Integrality of care: challenges for the nurse practice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 3, p. 504-510, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300504&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário para aplicação da pesquisa



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ORIENTADORA: Profa. Dra. FABIANE FERRAZ
ACADÊMICOS: MATEUS FORTUNATO E THALES MACARINI SASSO



QUESTIONÁRIO	
Profissionais Atuantes na Secretaria Municipal de Saúde	
Preenchido pelo pesquisador:	Código do participante:
	Data da Coleta de dados:
Preenchido pelo participante:	Contato telefônico:

CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DA SMSDECRICIÚMA

I – IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____			
CPF: _____			
Data de Nascimento: ____/____/____		Idade: _____	
Sexo: () Masculino () Feminino			
Endereço de Residência: _____			N°: _____
Bairro: _____	Cidade: _____	CEP: _____	
Complemento: _____			
Celular: _____		Fone residencial: _____	
E-mail: _____			
Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () União Estável () Outro: _____			
II – FORMAÇÃO			
Maior Nível de formação: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo			
() ensino médio incompleto () ensino médio completo			
() ensino superior incompleto () ensino superior completo			
() Pós-Graduação (Especialização) () Pós-Graduação (Mestrado/doutorado)			
Nível Técnico _____		Ano de conclusão: _____	
Instituição Formadora _____		Local: _____	UF: _____
() Não se aplica			

Graduação: _____ **Ano de conclusão:** _____

Instituição Formadora _____ **Local:** _____ **UF:** _____

() Não se aplica

Especialização: _____ **Ano de conclusão:** _____

Instituição Formadora _____ **Local:** _____ **UF:** _____

() Não se aplica

Mestrado: _____ **Ano de conclusão:** _____

Instituição Formadora _____ **Local:** _____ **UF:** _____

Doutorado: _____ **Ano de conclusão:** _____

Instituição Formadora _____ **Local:** _____ **UF:** _____

() Não se aplica

III – INFORMAÇÕES EMPREGATICIAS

Quantos vínculos empregatícios você possui: () 1 () 2 () 3 () 4

Trabalha em quais turnos em seus vínculos: () Manhã () Tarde () Noite () Finais de semana

Quais são seus locais de atuação: () UBS () ESF () Hospital () Samu () Docência

(pode assinalar mais de um) () Centro de Especialidades () Pronto Atendimento

() Setores Adm. município () Setores Adm. estado

() Autônomo – consultório privado () Outros: _____

Carga horária semanal de trabalho considerando todos os vínculos: _____

Considerando todos os seus vínculos empregatícios qual a sua renda mensal (Base salário mínimo R\$ 1.045,00):

() Não desejo responder

() R\$ 1.045,00 a R\$ 2.090,00

() R\$ 5.226,00 a R\$ 7.315,00

() R\$ 11.496,00 a R\$ 13.585,00

() R\$ 2.091,00 a R\$ 4.180,00

() R\$ 7.316,00 a R\$ 9.405,00

() R\$ 13.586,00 a R\$ 15.675,00

() R\$ 4.181,00 a R\$ 5.225,00

() R\$ 9.406,00 a R\$ 11.495,00

() mais de R\$ 15.676,00

Assinale o local que você dedica maior carga horária na semana e indique a carga horária:

() UBS () ESF () Hospital () Samu () Docência () Centro de Especialidades () Pronto Atendimento

() Setores Adm. município () Setores Adm. estado

() Autônomo – consultório privado () Outros: _____

Carga horária: _____

Você reside no município do seu principal vínculo empregatício: () Não () Sim

Junto a SMS de Criciúma qual a Unidade de Saúde/Setor onde você trabalha: _____

Cargo:

Função:

Tempo de trabalho na SMS-Criciúma (desde mês/ano):

Tipo de vínculo atual com a SMS-Criciúma:

() Estatutário () Processo seletivo () Servidor público () Cargo comissionado

() CLT () Horista () Outro: Qual? _____

Antes do seu vínculo atual, quais locais/setores ligados a saúde de Criciúma você já atuou:

() estou no mesmo setor de atuação desde o momento que ingressei na SMS

() UBS () ESF () Hospital () SAMU () Docência () Setores Adm.

() Outros _____

Considerando a sua formação, o local em que você trabalha junto a SMS – Criciúma condiz com a sua formação:

() Não () Sim

IV – CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO (2015 A 2020) (descrever livre todos os cursos realizados)

Curso/ano/Carga Horária () iniciativa própria () ofertado via SMS-Criciúma

Curso/ano/Carga Horária () iniciativa própria () ofertado via SMS-Criciúma

Curso/ano/Carga Horária () iniciativa própria () ofertado via SMS-Criciúma

A partir de sua formação acadêmica, experiência profissional, aperfeiçoamentos, você gostaria e/ou se sente apto a desenvolver ações educação permanente na saúde como professor/instrutor/mediador?

() NÃO () SIM

Se sim, em quais áreas/temas

1-

2-

3-

Você tem experiência na área de docência na saúde?

() NÃO () SIM

Se sim, em quais áreas/temas – indicar se a experiência é em nível técnico ou superior.

1-

2-

3-

Em seu(s) ambiente(s) de trabalho é realizado educação permanente em saúde?

() Não () Sim

Se sim, quais temáticas são abordadas e como ocorre?

1-

2-

3-

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Perfil da Força de Trabalho em Saúde em um Município do Sul Catarinense
Objetivo: Analisar o perfil dos trabalhadores que atuam na atenção básica, da secretaria de saúde de um município de grande porte do sul catarinense.

Período da coleta de dados: aplicação do TCLE retrospectivamente em outubro de 2020.

Tempo estimado para cada coleta: 20 minutos.

Local da coleta: Serviços ligados a Secretaria Municipal de Saúde

Pesquisador/Orientador: Fabiane Ferraz

Telefone: (48) 98833-3243

Pesquisadores/Acadêmicos: Mateus Fortunato; Thales Macarini Sasso

Telefone: (48)999999765
(48) 988400911

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como, não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para realização da pesquisa.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012). Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O estudo descritivo, que visa conhecer o perfil dos trabalhadores que atuam na AB da SMS-Criciúma. Os dados foram coletados em fevereiro e março de 2020, por meio de um questionário autoaplicável organizado em 4 blocos com questões objetivas e descritivas. Nesse momento estamos solicitando a sua AUTORIZAÇÃO para utilizar os dados do questionário para a presente pesquisa. Os gerentes/coordenadores dos setores/serviços estão cientes da presente pesquisa e autorizam, bem como, designar o tempo em horário de expediente para participação da pesquisa. O tempo estimado para preenchimento do instrumento é de no máximo 20min. Sua participação é muito importante, pois os resultados servirão para auxiliar a gestão, em especial, o NEPSHU, a melhorar as ações direcionadas as atividades de valorização e reconhecimento dos trabalhadores que atuam na SMS-Criciúma.

RISCOS

Os riscos para participação serão minimizados, pois as pessoas que aceitarem participar do estudo irão apenas preencher um (1) questionário autoaplicável com perguntas fechadas (múltipla escolha) e abertas (escrever a sua resposta), em data e horário apropriados aos participantes. Ainda, fica garantido aos participantes que os mesmos não serão prejudicados, visto que a SMS está ciente sobre a natureza da pesquisa a qual visa contribuir para melhorias no processo de trabalho em saúde. A pesquisa pode

ser preenchida no turno de trabalho, ou em outro horário oportuno aos participantes, sendo que o tempo previsto para preenchimento do instrumento não ultrapassa 20 min.

BENEFÍCIOS

Ao aceitar participar do estudo, o participante estará colaborando com uma pesquisa que visa analisar o perfil dos trabalhadores e a sua força de trabalho, a fim de reconhecer as potencialidades dos trabalhadores, bem como fragilidades envolvendo o processo de trabalho e aspectos de vida e saúde que precisam ser considerados pela gestão para estruturação de ações de cuidado do trabalhador. Acreditamos que a pesquisa trará aos participantes a possibilidade de refletir sobre seu processo de trabalho, bem como, fortalecer a equipe ao reconhecer e valorizar as expertises individuais, a fim de prestar um atendimento qualificado e resolutivo a população. Fica assegurado a você, mediante compromisso assumido por nós pesquisadores, que as informações coletadas serão utilizadas para fins de pesquisa.

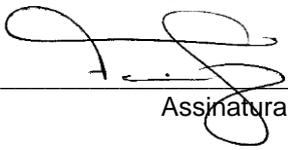
Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) FABIANE FERRAZ, pelo telefone/whatsapp (48) 98833-3243 e/ou pelo e-mail olaFerraz@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723, ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> Assinatura	 <hr/> Assinatura
Nome: _____ CPF: _____-____	Nome: Fabiane Ferraz CPF: 951.924.330-53

Criciúma/SC, _____ de _____ de 2020

ANEXOS

ANEXO A – Carta aprovação da pesquisa no Comitê de Ética



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 4.298.363

CAAE: 38244720.6.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador(a): MATEUS FORTUNATO FRANCISCO
THALES MACARINI SASSO

Título: "PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE".

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 24 de setembro de 2020.


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP