

Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária

Training and Qualification of Health Professionals: Factors Associated to the Quality of Primary Care

Mariana Policena Rosa de Oliveira^I
Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes^{II}
Lucilene Maria de Sousa^{II}
Maria do Rosário Gondim Peixoto^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Primária à Saúde;
- Avaliação de Serviços de Saúde;
- Educação Permanente;
- Saúde da Família;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Permanent Education in Health;
- Primary Health Care;
- Family Health;
- Health Services Evaluation;
- Medical Education.

RESUMO

As mudanças nos setores da educação e da saúde no século XX influenciaram as concepções e práticas dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta pesquisa analisou o perfil de formação e qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os fatores associados com a qualidade dos serviços de APS da região noroeste de Goiânia. Trata-se de um estudo transversal, realizado por entrevista, incluindo a aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool). Participaram do estudo 92 profissionais (48 médicos e 44 enfermeiros) das equipes da ESF. Os dados foram analisados por meio dos testes U de Man-Whitney, Qui-Quadrado, Fischer e Regressão de Poisson. Os resultados apontaram diferenças significativas ($p < 0,05$) entre o perfil de formação e qualificação de médicos e enfermeiros. A avaliação dos atributos da APS resultou em alto escore geral de APS (6,7). Conclui-se que a qualidade dos serviços de atenção primária possui associação com o maior tempo de trabalho de médicos na mesma equipe e com a percepção de capacitação dos profissionais de saúde da região noroeste de Goiânia.

ABSTRACT

The changes witnessed in health and education in the twentieth century influenced the work of health professionals, particularly those in primary health care, on a conceptual and practical level. This research investigated the training and qualifications of professionals that work with the Family Health Strategy (FHS), and factors related to the quality of primary health care services in the northwest region of Goiânia. The research is classified as a cross-sectional study, conducted using interviews that included the application of the Primary Care Assessment Tool (PCATool). Ninety-two professionals from FHS teams participated in the study (48 physicians and 44 nurses). The data analysis involved methods such as the Mann-Whitney U test, chi-squared test, Fisher test and Poisson Regression. The results indicated significant differences ($p < 0.05$) between the training profile and qualifications of doctors and nurses. Assessment of the primary health care attributes resulted in a general high score (6.7). It was concluded that the quality of the primary health care services can be correlated to doctors who work for a longer period of time in the same teams, as well as the perception of health professional training and qualifications in the northwest region of Goiânia.

Recebido em: 26/09/2014

Reencaminhado em: 12/04/2015

Aprovado em: 14/03/2016

^I Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

A formação e qualificação dos profissionais é um processo histórico que vem sofrendo atualizações ao longo dos tempos¹.

Nos séculos XX e XXI, destacam-se marcos legais e movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde que visam superar o modelo de prática hospitalocêntrica e fragmentada, de viés privatizante, com deficiências em atender às necessidades sociais de saúde, distanciado da realidade social e epidemiológica da população².

Embora não se tenham atingido todos os objetivos propostos com esses movimentos, muito se caminhou na direção de um ensino e de uma assistência mais adequados à realidade da sociedade, na perspectiva de uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade³.

Da mesma forma, no campo da qualificação dos profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com a educação dos profissionais de saúde vem sendo referendada por meio de movimentos sociais, legislações e políticas públicas que defendem que o Sistema de Saúde deve exigir uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com definição de diretrizes para o setor e fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade⁴.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi defendida como uma estratégia para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, em especial a APS, mediante ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde, constituindo, assim, um quadrilátero formado por diferentes atores do processo de trabalho: atenção, ensino, gestão e controle social^{1,4,5}.

A APS é uma forma de organização e integração dos serviços de saúde, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população⁶. Seu conceito e princípios se consolidaram no século XX, marcado por diversas experiências de modelos assistenciais em saúde em todo o mundo que fundamentaram a Declaração de Alma Ata, em 1978. Desde então, o fortalecimento da APS foi estabelecido como a principal estratégia para a organização dos serviços públicos de saúde⁷.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a principal vertente da APS e visa à implementação e fortalecimento do SUS, propondo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorando a qualidade de vida da população⁸.

A APS é definida por meio de seus atributos, reconhecidos mundialmente como eixos estruturantes do processo de atenção, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência de suas intervenções, assim denominados: o acesso

de primeiro contato ao SUS, a longitudinalidade, a integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a orientação familiar e comunitária, e a competência cultural⁹.

A formação e a qualificação na APS estão associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, por compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, e considerar o espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde¹⁰.

Os estudos de Kolling¹¹, Castro *et al.*¹² e Chomatás *et al.*¹³, que avaliaram na percepção de profissionais médicos e enfermeiros, em cidades da Região Sul do Brasil, a qualidade dos serviços de APS por meio de seus atributos, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool)¹⁴, revelaram que um melhor resultado dos atributos da APS está relacionado, entre outros fatores, com a melhor qualificação de seus profissionais. Contudo, mesmo após avanços nas políticas e práticas de APS no Brasil nos últimos anos, existem obstáculos à sua consolidação, tanto sociopolíticos e estruturais, como os relacionados ao processo de trabalho^{15,16}.

Em Goiânia, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vêm implementando ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), atualmente coordenada pela Escola Municipal de Saúde Pública, da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

A Pneps, instituída pela Portaria Ministerial nº 198, de fevereiro de 2004, afirma que a gestão da educação na saúde, por intermédio da formação e do desenvolvimento de trabalhadores em saúde, constitui questão fundamental para a qualidade da atenção em saúde prestada à população e em estratégia de qualificação da gestão dos serviços e sistemas de saúde⁴.

A atuação na região noroeste no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Residência em Medicina de Família e Comunidade despertou na pesquisadora questionamentos sobre a efetiva contribuição da formação acadêmica e dos cursos e capacitações de qualificação profissional para as práticas e concepções de APS, que ainda são muito fragmentadas e dentro da perspectiva ambulatorial e biomédica, bem como seus reflexos na qualidade dos serviços prestados à população.

A região noroeste foi escolhida para a realização do presente estudo por ser lócus de projetos pilotos em educação permanente, por ser o distrito sanitário com a maior cobertura da ESF do município (89%) e a única, atualmente, que possui Nasf e Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Anualmente, são desenvolvidas capacitações e eventos, bem como parcerias em pós-graduações para disseminar o conhecimento e qualificar os profissionais de saúde para o trabalho na APS. Contudo, não há registros de estudos que

correlacionem a efetividade das estratégias de formação e qualificação dos profissionais com a qualidade dos serviços de APS no município.

Este estudo propõe-se a analisar a qualidade dos serviços de atenção primária frente à formação e à qualificação dos profissionais de saúde da região noroeste de Goiânia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo do tipo transversal.

Local e população do estudo

Goiânia tem uma população estimada de 1.302.001 habitantes, com a Rede de Atenção à Saúde organizada em sete regiões, denominadas Distritos Sanitários. A região noroeste possui 164.283 habitantes¹⁷, o que corresponde a 12,6% da população do município. Sua Rede de Atenção à Saúde é composta por 18 Centros de Saúde da Família (CSF), três Centros de Atenção Integral à Saúde (Cais), uma maternidade, uma unidade técnica e administrativa (Distrito Sanitário), três Nasf e duas Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar, todos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A região possui 89% de cobertura da ESF, com 51 equipes de Saúde da Família.

Foram convidados para o estudo 53 médicos e 50 enfermeiros vinculados à ESF da região noroeste de Goiânia e em serviço em CSF no período da coleta de dados, totalizando 103 profissionais. Foram excluídos do estudo dois profissionais em licença médica no período da coleta de dados. A amostra foi de conveniência, totalizando 101 profissionais. Houve duas recusas e sete perdas após cinco tentativas de aplicação sem sucesso, resultando em uma amostra final de 92 participantes.

O tamanho da amostra estudada permite identificar a associação entre ter especialização e o alto escore de APS, com um poder de teste (β) de 80% e intervalo de confiança de 95%^{13,18}.

Coleta de dados

As entrevistas foram agendadas por telefone, e, quando este meio não era suficiente, presencialmente. Foram feitas no máximo cinco tentativas de agendamento com cada profissional. A coleta de dados foi realizada de agosto a novembro de 2013.

Para a entrevista foram utilizados dois questionários:

- Questionário sobre o perfil de formação e qualificação profissional, baseado nos estudos de Castro¹⁹, Chomatas²⁰ e Leão e Caldeira²¹ e elaborado pela pesquisadora responsável;
- Questionário *PCATool* – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão para profissionais, validada no Brasil^{14,22}.

O *PCATool* permite obter escores para os atributos da APS, em dimensões (acesso de primeiro contato, atendimento contínuo/longitudinalidade, coordenação e integralidade), subdimensões (abordagem/orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) e escore geral. As dimensões do instrumento têm as respostas estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, que atribui escores de 1 a 4 para o atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim). Os escores de cada atributo foram produzidos por meio da média aritmética dos itens que o compõem e convertidos em uma escala de zero a 10. Escore igual ou superior a 6,6, que compreende o tercil superior do escore, foi considerado alto escore de APS¹¹.

Para a coleta dos dados foi elaborado um manual do entrevistador, bem como treinamento das entrevistadoras, que foram duas acadêmicas do curso de Nutrição da UFG e a pesquisadora. O estudo piloto foi realizado com um profissional de uma Equipe de Saúde da Família da região sudoeste de Goiânia para validação do processo e instrumentos da coleta de dados.

Variáveis do estudo

Foram consideradas como variáveis independentes do estudo sexo, idade, profissão, tempo de formado (graduação), realização e tipo de pós-graduação, tempo de trabalho na ESF e na equipe; oferta, participação e percepção de capacitação pelos profissionais (Quadro 1). A variável de desfecho é a qualidade dos serviços de APS, cujo valor igual ou superior a 6,6 foi considerado alto escore de APS¹¹.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em dupla entrada no *software* Epi Info (versão 6.04), com checagem de consistência dos bancos de dados por meio do *validate*. O processamento dos dados foi realizado em programa estatístico *Stata* versão SE.64. Para todas as análises estatísticas foi adotado o nível de significância de 5%. O teste de *Swilk* foi utilizado para verificação da distribuição dos dados. Após identificar as variáveis que não apresentavam distribuição normal, utilizou-se, na análise das variáveis independentes e dos atributos e escores do *PCATool*, o Teste U de Man-Whitney para variáveis contínuas e o Qui-Quadrado de Pearson ou Teste de Fischer para variáveis categóricas.

Para a identificação das variáveis que, no nível do profissional, estão associadas com o alto escore geral da APS, utilizaram-se inicialmente os testes Qui-Quadrado de Pearson ou de Fischer. No modelo multivariável, foram incluídas as variáveis independentes que se mostraram, individualmente,

QUADRO 1
Variáveis independentes do estudo

Categoria	Variável	Descrição
Socio-demográfico	Sexo	Masculino ou feminino
	Idade	Mediana em anos < 30 anos ou ≥ 30 anos
Formação acadêmica	Profissão	Por categoria profissional (médico, enfermeiro)
	Tempo de formado	Mediana em anos < 5 anos ou ≥ 5 anos
	Tipo de instituição de ensino	Pública ou privada
Pós-graduação	Possui pós-graduação	Sim ou não
	Tipo de pós-graduação	Níveis de pós-graduação <i>latu e strictu sensu</i> (especialização, residência, mestrado e doutorado)
	Área da pós-graduação	Relacionada à APS: sim ou não, onde; sim: saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, medicina de família e comunidade, Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia
Experiência profissional	Tempo de experiência na ESF	Mediana em anos < 2 anos ou ≥ 2 anos
	Tempo de serviço na equipe	Mediana em anos < 1 ano ou ≥ 1 ano
Participação em capacitação	Participação em capacitação	Sim ou não (nos últimos 12 meses, relacionadas às atividades na ESF)
	Tipo de capacitação realizada	Modalidades de capacitação: cursos de curta e média duração (até 60 h), capacitação em serviço eventos (congressos, seminários, fóruns, mostras, etc.)
Contribuição das capacitações para	Aperfeiçoamento profissional	Conversão de escala Likert em categoria, sim ou não, onde Sim: pouco, muito, extremamente
	Mudanças na prática profissional	Não: nada, neutro

associadas ao alto escore geral de APS com valor de $p < 0,30$. Foi realizada a Regressão de Poisson com variância robusta, sendo apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança (IC). Posteriormente, foram sendo excluídas as variáveis com os maiores valores de p , de maneira que permaneceram no modelo final apenas aquelas com valores de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Esta pesquisa considerou, em todas as suas etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam pesquisas envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012²³.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), sob o parecer nº 336.524/2013. Para aqueles que confirmaram a sua participação no estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura.

RESULTADOS

Entre os 101 profissionais elegíveis, 92 (91,1%) participaram do estudo, sendo 48 (52,2%) médicos e 44 (47,8%) enfermeiros. O perfil de formação, experiência profissional e qualificação dos profissionais entrevistados se encontra na Tabela 1.

O grupo em estudo foi composto por 67 (72,8%) mulheres, com predominância desse perfil em ambas as categorias profissionais, especialmente, entre os enfermeiros ($n = 41$; 93,2%).

A idade mediana (intervalo interquartil 25-75) dos profissionais foi de 35,4 (28,4-41,7) anos, sendo 28,9 (26,4-36,7) anos para médicos e 38,2 (32,9-43,9) anos para enfermeiros ($p < 0,001$). Considerando as faixas etárias, 58 (63,0%) profissionais tinham 30 anos ou mais de idade, tendo maior distribuição entre os enfermeiros ($n = 36$; 81,8%) do que em relação aos médicos ($n = 22$; 45,8%) ($p < 0,001$).

O tempo mediano de formação acadêmica foi de 6,1 (1,9-13,7) anos. Entre os médicos foi de 2,3 (0,9-5,9) anos, enquanto para os enfermeiros foi de 12,3 (6,8-15,6) anos, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A proporção de enfermeiros com mais de cinco anos de formados ($n = 38$; 86,4%)

TABELA 1
Características demográficas, perfil de formação, experiência profissional e qualificação dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades da Estratégia Saúde da Família da região noroeste de Goiânia, 2013

Variáveis [†]	Total 92 (100%) n (%)	Médicos 48 (52,2%) n (%)	Enfermeiros 44 (47,8%) n (%)	p-valor [‡]
Sexo				
Masculino	25 (27,2)	22 (45,8)	3 (6,8)	< 0,001
Feminino	67 (72,8)	26 (54,2)	41 (93,2)	
Idade (anos)[†]	35,4 (28,4-41,7)	28,9 (26,4-36,7)	38,2 (32,9-43,9)	< 0,001
Idade (faixa etária)				
< 30 anos	34 (37,0)	26 (54,2)	8 (18,2)	< 0,001
≥ 30 anos	58 (63,0)	22 (45,8)	36 (81,8)	
Formação acadêmica				
Tempo de formado (anos)[†]	6,1 (1,9-13,7)	2,3 (0,9-5,9)	12,3 (6,8-15,6)	< 0,001
Tempo de formado				
< 5 anos	41 (44,6)	35 (72,9)	6 (13,6)	< 0,001
≥ 5 anos	51 (55,4)	13 (27,1)	38 (86,4)	
Tipo de instituição de ensino				
Pública	40 (43,5)	21 (43,8)	19 (43,2)	0,956
Privada	52 (56,5)	27 (56,2)	25 (56,8)	
Pós-graduação				
Possui especialização				
Sim	55 (59,8)	17 (35,4)	38 (86,4)	< 0,001
Não	37 (40,2)	31 (64,6)	6 (13,6)	
Especialização relacionada à APS^{††}				
Sim	37 (67,3)	10 (58,8)	27 (71,0)	0,372
Não	18 (32,7)	7 (41,2)	11 (29,0)	
Experiência profissional				
Tempo na ESF (anos)[†]	3,4 (0,8-8,5)	1,35 (0,6-3,9)	7,3 (2,4-10,3)	< 0,001
Tempo na ESF				
< 2 anos	39 (42,4)	29 (60,4)	10 (22,74)	< 0,001
≥ 2 anos	53 (57,6)	19 (39,6)	34 (77,3)	
Tempo na equipe (anos)[†]	1,5 (0,5-4,5)	0,6 (0,3-1,5)	3,6 (1,3-5,5)	< 0,001
Tempo na equipe				
< 1 ano	38 (41,3)	30 (62,5)	8 (18,2)	< 0,001
≥ 1 ano	54 (58,7)	18 (37,5)	36 (81,8)	
Participação em capacitação				
Participou de capacitação				
Sim	78 (84,8)	40 (83,3)	38 (86,4)	0,686
Não	14 (15,2)	8 (16,7)	6 (13,6)	
Participação cursos (até 60 h) ^{†††}	72 (92,3)	38 (95,0)	34 (89,5)	0,425
Participação capacitação em serviço ^{†††}	54 (69,3)	26 (65,0)	28 (73,7)	0,406
Participação eventos ^{†††}	46 (59,0)	23 (60,5)	23 (57,5)	0,786
Contribuição das capacitações				
Para: ^{†††}				
Aperfeiçoamento profissional	75 (96,2)	38 (95,0)	37 (97,4)	1,000
Mudanças na prática profissional	69 (88,5)	34 (85,0)	35 (92,1)	0,482

[†] As variáveis contínuas são apresentadas como mediana e intervalo interquartil (p25- p75).

[‡] Obtido pelo Teste U de Man-Whitney para variáveis contínuas e pelos testes Qui-Quadrado ou de Fischer para variáveis categóricas.

^{††} Considerados apenas indivíduos que referiram ter feito alguma pós-graduação (médicos n = 17; enfermeiros n = 38, total n = 55).

^{†††} Considerados apenas indivíduos que referiram ter feito alguma capacitação (médicos n = 40; enfermeiros n = 38, total n = 78). Diferentes tipos de capacitação podem ter sido realizados no período pelo mesmo profissional.

também é significativamente superior à de médicos ($n = 13$; 27,1%), ($p < 0,001$).

Quanto à instituição de formação acadêmica, 21 (43,8%) médicos e 19 (43,2%) enfermeiros referiram que a formação foi em instituição pública ($p > 0,05$).

A especialização foi referida por 55 (59,8%) profissionais, sendo 17 (35,4%) médicos e 38 (86,4%) enfermeiros, indicando a predominância significativa de pós-graduação entre os enfermeiros ($p < 0,001$). Dos profissionais que realizaram a pós-graduação, 37 (67,3%) referiram ter especialidade na área de APS, não havendo diferença significativa entre as categorias profissionais.

O tempo de trabalho na ESF e na mesma equipe apresentou medianas globais de 3,4 (0,8-8,5) e 1,5 (0,5-4,5) anos, ambos significativamente maiores para enfermeiros em relação aos médicos ($p < 0,001$). Mais da metade dos médicos têm menos de um ano de atuação na ESF, ao contrário dos enfermeiros ($p < 0,001$).

A realização de capacitação relacionada às atividades na ESF no último ano foi referida por 78 (84,8%) profissionais, com percentual semelhante entre médicos e enfermeiros. Destes, 72 (92,3%) referiram os cursos com carga horária de até 60 horas como a principal estratégia de capacitação, seguida pela capacitação em serviço ($n = 54$; 69,3%) e participação em eventos, como congressos, seminários, simpósios, etc. ($n = 46$; 59%), sem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais.

A maioria dos profissionais que participou de capacitações afirmou que estas contribuíram tanto para o aperfeiçoamento profissional ($n = 75$; 96,2%), quanto para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço ($n = 69$; 88,5%).

A presença e a extensão dos atributos da APS considerando os escores médios e a presença de alto escore de APS ($\geq 6,6$) para cada atributo, escore essencial, escore não essencial e escore geral da APS são apresentadas na Tabela 2.

O escore geral de APS médio obtido pelo *PCATool* – Brasil resultou em 6,7 ($\pm 1,0$), sendo considerado um alto escore de APS, porém próximo do ponto de corte ($\geq 6,6$). Contribuíram para o alto escore de APS 52 (56,5%) profissionais, sendo 29 (60,4%) médicos e 23 (52,3) enfermeiros.

O escore essencial médio de APS foi de 6,5 ($\pm 0,9$), identificado como baixo escore de APS. O escore para o acesso de primeiro contato teve a pontuação mais baixa, com 4,6 ($\pm 1,0$), e o mais alto foi o de integralidade/serviços prestados (8,0 $\pm 1,4$). A proporção de alto escore essencial de APS foi de 47,8% ($n = 44$), sendo 26 (54,2%) médicos e 18 (40,9%) enfermeiros.

A análise dos atributos não essenciais resultou em um alto escore, 6,9 ($\pm 1,4$), onde somente o atributo orientação comunitária apresentou baixo escore de APS (6,5 $\pm 1,4$). A opinião de 77 (83,7%) profissionais, dos quais 41 (85,4%) eram médicos e 36 (81,8%) enfermeiros, resultou em alto escore não essencial de APS.

TABELA 2

Escores[†] médios (DP) dos atributos e dos escores essencial, não essencial e geral de Atenção Primária à Saúde e frequência (%) de alto escore ($\geq 6,6$) na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades da Estratégia Saúde da Família da região noroeste de Goiânia, 2013

Atributos	Escore Médios		Escore Alto ($\geq 6,6$)		p-valor [‡]
	(DP) n = 92	Total n (%) 92 (100)	Médico n (%) 48 (52,2)	Enfermeiro n (%) 44 (47,8)	
Primeiro contato – acesso	4,6 \pm 1,0	5 (5,4)	3 (6,3)	2 (4,5)	1,000
Longitudinalidade	6,8 \pm 1,2	53 (57,6)	29 (60,4)	24 (54,5)	0,569
Coordenação	6,9 \pm 1,3	57 (62,0)	36 (75,0)	21 (47,7)	0,007
Coordenação (sistemas informação)	6,5 \pm 1,4	50 (54,4)	29 (60,4)	21 (47,7)	0,222
Integralidade (serviços disponíveis)	6,5 \pm 1,4	49 (53,3)	26 (54,2)	23 (52,3)	0,856
Integralidade (serviços prestados)	8,0 \pm 1,4	78 (84,8)	39 (81,3)	39 (88,6)	0,324
Escore essencial	6,5 \pm 0,9	44 (47,8)	26 (54,2)	18 (40,9)	0,204
Enfoque na família	7,6 \pm 1,6	67 (72,8)	36 (75,0)	31 (70,5)	0,624
Orientação comunitária	6,5 \pm 1,4	45 (48,9)	24 (50,0)	21 (47,7)	0,828
Competência cultural	6,6 \pm 2,0	44 (47,8)	22 (45,8)	22 (50,0)	0,689
Escore derivado (não essencial)	6,9 \pm 1,4	77 (83,7)	41 (85,4)	36 (81,8)	0,641
Escore geral	6,7 \pm 1,0	52 (56,5)	29 (60,4)	23 (52,3)	0,431

[†] Os escores assumem valores de 0 a 10, onde valores $\geq 6,6$ indicam alto escore de APS.

[‡] Obtido pelo Teste do Qui-Quadrado ou de Fischer.

TABELA 3

Associação entre a presença de alto escore geral da APS com seus preditores entre profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da região noroeste de Goiânia, Goiás

Preditores	Baixo Escore n = 40 (43,5%)	Alto Escore n = 52 (56,5%)	p-valor [†]
Sexo			
Masculino	11 (27,5)	14 (26,9)	0,951
Feminino	29 (72,5)	38 (73,1)	
Idade			
< 30 anos	15 (37,5)	19 (36,5)	0,925
≥ 30 anos	25 (62,5)	33 (63,5)	
Formação acadêmica			
Profissão			
Médico(a)	19 (39,6)	29 (60,4)	0,431
Enfermeiro(a)	21 (47,7)	23 (52,3)	
Tempo de formado			
< 5 anos	15 (37,5)	22 (42,3)	0,641
≥ 5 anos	25 (62,5)	30 (57,7)	
Tipo instituição de formação			
Pública	19 (47,5)	21 (40,4)	0,495
Privada	21 (52,5)	31 (59,6)	
Possui especialização			
Não	13 (32,5)	24 (46,2)	0,185
Sim	27 (67,5)	28 (53,8)	
Especialização relacionada à APS^{††}			
Não	9 (33,3)	9 (32,1)	0,925
Sim	18 (66,7)	19 (67,9)	
Experiência profissional			
Tempo de trabalho na ESF			
< 2 anos	15 (37,5)	24 (46,2)	0,405
≥ 2 anos	25 (62,5)	28 (51,8)	
Tempo de trabalho na equipe			
< 1 ano	18 (45,0)	20 (38,5)	0,528
≥ 1 ano	22 (55,0)	32 (61,5)	
Capacitação			
Participou de capacitação			
Não	8 (20,0)	6 (11,5)	0,263
Sim	32 (80,0)	46 (88,5)	
Cursos (até 60 h)^{†††}			
Não	3 (9,4)	3 (6,5)	0,645
Sim	29 (90,6)	43 (93,5)	
Capacitação em serviço^{†††}			
Não	11 (34,4)	13 (28,3)	0,565
Sim	21 (65,6)	33 (71,7)	
Eventos^{†††}			
Não	14 (43,8)	18 (39,1)	0,683
Sim	18 (56,2)	28 (60,9)	
Contribuição das capacitações para^{†††}			
Aperfeiçoamento profissional	29 (90,6)	46 (100,0)	0,065
Mudanças na prática	27 (84,4)	42 (91,3)	0,475

[†] Teste do Qui-Quadrado ou de Fisher.

^{††} Considerados apenas indivíduos que referiram ter feito alguma pós-graduação (médicos n = 17; enfermeiros n = 38, total n = 55).

^{†††} Considerados apenas indivíduos que referiram ter feito alguma capacitação (médicos n = 40; enfermeiros n = 38, total n = 78). Diferentes tipos de capacitação podem ter sido realizados no período pelo mesmo profissional.

A análise das médias dos escores entre médicos e enfermeiros não revelou diferenças significativas entre as categorias profissionais. O perfil de alto escore de APS também foi semelhante entre as categorias, exceto a coordenação do cuidado, que apresentou diferença estatisticamente significativa, indicando uma proporção maior de alto escore de APS para médicos neste atributo.

Na Tabela 3 observa-se que não houve associação significativa entre a presença de alto escore de APS e o perfil de formação e qualificação dos profissionais. Contudo, em análise por categoria profissional (dados não demonstrados), foi identificado que, para os médicos, trabalhar na mesma equipe por um período igual ou superior a um ano e a percepção de que as capacitações contribuíram para o aperfeiçoamento profissional estão associados a um alto escore de APS ($p < 0,05$).

A Tabela 4 mostra a análise de regressão utilizada para definir um modelo explicativo final, não evidenciando associação entre as variáveis selecionadas e o alto escore de APS no modelo geral.

TABELA 4

Modelo ajustado[†] do alto valor geral da APS entre profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da região noroeste de Goiânia, 2013

Variáveis	RP (IC 95%)	p-valor
Especialização		
Não	1	0,143
Sim	0,59 (0,29-1,20)	
Realização de capacitação		
Não	1	0,153
Sim	1,76 (0,81-3,81)	
Aperfeiçoamento Profissional		
Não	1	0,151
Sim	0,78 (0,56-1,09)	

[†] Regressão de Poisson.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que, na região noroeste de Goiânia, na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, a qualidade dos serviços de APS na ESF é satisfatória; os enfermeiros apresentam maior experiência e qualificação profissional e vínculo com a ESF do que os médicos; as capacitações contribuem para o aperfeiçoamento e mudanças na prática profissional; e o perfil de formação e qualificação dos profissionais possui associação com o maior tempo de trabalho de médicos na mesma equipe e com a percepção de capacitação dos profissionais de saúde da região noroeste de Goiânia.

A proporção de perdas da amostra (8,9%) ocorreu dentro do esperado considerando-se estudos semelhantes, que descrevem o perfil dos profissionais e analisam a qualidade dos serviços por meio do *PCATool*, versão para profissionais: 7,9%^{12,22}, 15%²⁴ e 28%¹³.

A identificação do perfil dos profissionais demonstrou que os médicos são mais jovens, têm menos tempo de formados, menor proporção de realização de pós-graduação e menor tempo de trabalho na ESF e na equipe. Este perfil é semelhante ao encontrado em outros estados e regiões do Brasil^{25,26} (p. 5198).

A predominância de mulheres na área da saúde é confirmada na maioria dos estudos, em especial entre os enfermeiros^{11,22,25,26,27}. Estudos sobre o perfil dos profissionais de saúde no Brasil concluem que a medicina da atualidade experimenta mudanças na prática profissional. Salientam-se o rejuvenescimento e a rápida e irreversível feminilização da área médica²⁸. Constata-se no presente estudo que os médicos com menos de 30 anos de idade e do sexo feminino representam mais da metade de toda a classe médica.

Com relação aos atributos da APS, na avaliação do escore geral, o estudo apresentou resultado satisfatório, porém próximo ao ponto de corte para alto escore de APS e inferior ao da maioria dos estudos semelhantes realizados na Região Sul do Brasil^{11,12,13,24}. Um aspecto importante é que quase a metade dos profissionais referiu baixo escore geral de APS, demonstrando que ainda há muito a melhorar na qualidade desses serviços no sentido de garantir não só a presença, mas uma ampla extensão dos atributos.

Na maioria dos estudos similares, o acesso de primeiro contato é o atributo com menor escore médio^{11,12,13,24}. No presente estudo, além de o resultado do atributo acesso ser baixo e contribuir para a redução do escore geral, apenas 5% dos profissionais referiram que o serviço possui acessibilidade satisfatória. Isto pode estar relacionado à baixa disponibilidade de serviços ao cidadão frente às necessidades do território, que possui alta demanda reprimida de atendimentos e sobrecarga dos serviços de pronto-atendimento.

No estudo com usuários e profissionais de saúde realizado em Petrópolis (RJ), os resultados obtidos dos profissionais de saúde foram superiores no quesito do acesso quando comparados aos usuários. Isto sugere que, na percepção dos profissionais, o acesso é melhor do que na opinião dos usuários, que vivenciam cotidianamente as barreiras do primeiro contato com o sistema de saúde²⁹.

O atributo integralidade, relacionado aos serviços prestados, obteve alto escore de APS na percepção da maioria dos entrevistados, coincidindo com a maioria dos estudos^{11,12,13,24}

e indicando que os profissionais se sentem preparados e sensíveis à abordagem dos mais diversos problemas de saúde, considerando seus fatores de risco e determinantes sociais. Contudo, este resultado se contrapõe aos resultados de outro aspecto da integralidade, os serviços disponíveis, cujo escore foi baixo. Observando-se as questões do *PCATool*, os resultados demonstram que os profissionais possuem uma boa autoavaliação de abordagem na perspectiva da integralidade, mas sugerem que a gestão não oferece condições de trabalho e uma carteira de serviços adequada para garantir a integralidade por meio dos serviços disponíveis.

O atributo coordenação do cuidado apresentou melhores resultados entre os médicos, que podem ter interpretado as questões como conhecimento, ações e coordenação do fluxo das consultas especializadas, como referência e contrarreferência, que, embora seja atribuição de médicos e enfermeiros, no município de Goiânia é realizada principalmente pelos médicos. Contudo, sabe-se que o enfermeiro tem papel fundamental na coordenação dos Centros de Saúde da Família nos aspectos administrativo, técnico, pedagógico e assistencial²⁷.

A não associação entre o perfil de formação e qualificação dos profissionais com a qualidade dos serviços da ESF, no modelo geral, sugere que os desafios da consolidação da APS têm raízes desde o processo de formação dos profissionais, que, apesar dos esforços de mudanças e dos avanços nas concepções e programas de formação superior em saúde no Brasil, ainda continua distante das necessidades do SUS, em especial da ESF. Boa parte das escolas médicas ainda centra seu ensino nos hospitais e nas doenças, tornando o aparelho formador desvinculado das comunidades e dos serviços de saúde a elas associados³⁰.

Na formação tradicional em saúde, os currículos são mais fechados, tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, conduzindo ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades e dificultando um eficiente trabalho em equipe. A formação é pouco reconhecida pelos profissionais como pertencente à atuação na atenção primária, vista “como medicina de pobre para pobre”, longe do galardão do hospital e da aura cientificista. Quanto ao enfoque pedagógico, frequentemente limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante^{2,6,30,31}.

Segundo Gomes *et al.*³⁰, os principais problemas associados à formação dos profissionais são a dissociação teoria-prática, descompasso dos ciclos básico-clínico, antagonismo entre a clínica e a saúde coletiva, especialistas *versus* generalistas, falta de capacitação para atuar na maioria dos problemas das pessoas e desumanização, entre outros.

Para superar essas deficiências, a formação profissional em APS pode ser estimulada por meio de programas de fortalecimento e reorientação do processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)² e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)³², projetos que têm por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade por meio da inserção de docentes e estudantes da graduação na rede pública de saúde, visando à formação profissional com uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica.

Essas iniciativas de integração curricular e a proposta de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem na graduação das escolas médicas vêm ganhando destaque na formação em saúde. De fato, a oportunidade de atuar em diferentes cenários situa-se hoje como um aspecto fundamental para a formação de um médico com atuação mais próxima do sujeito e da sociedade, assim como para tornar significativa a aprendizagem³⁰.

Quanto à pós-graduação, verifica-se que, em geral, a realização de especialização em áreas diversas e relacionada à área de APS é coerente com o observado na literatura^{11,12,13,22,24,27}. A diferença expressiva de realização de especialização entre médicos e enfermeiros pode estar relacionada à menor idade e ao tempo de formado dos médicos, que, em grande parte recém-egressos das universidades, ainda não iniciaram ou concluíram a pós-graduação.

Observa-se uma tendência à especialização na área da saúde, que tem sido apontada, entre outros fatores, como um dos responsáveis pela elevação dos custos assistenciais e pela má distribuição geográfica de profissionais nessa área, em detrimento da APS. Não se pretende negar a importância da especialização, porém é essencial procurar um equilíbrio na relação especialistas/generalistas, sem prejuízo da qualidade da atenção dispensada².

Maciel *et al.*³³, ao avaliarem a contribuição da especialização em Saúde da Família para a reorientação das práticas em saúde na ESF, no Espírito Santo, na percepção de alunos egressos desse curso, destacaram a importância da pós-graduação para a qualificação profissional e mudanças na prática na ESF, com reflexos na melhoria dos serviços prestados à população.

Em Goiânia, algumas instituições de ensino superior, em parceria com a SMS, por meio dos ministérios da Saúde e Educação, têm proporcionado aos profissionais de saúde do município cursos gratuitos, alguns até remunerados, na área da APS, como as Especializações e Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (UFG) e a Residência de Medicina de Família e Comunidade (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás)²⁷.

Embora reconheça a importância das especializações, Minayo³⁴ afirma que é muito difícil distinguir a contribuição específica da pós-graduação na consolidação do SUS porque esta envolve vários atores, como docentes, pesquisadores e seus alunos, de forma pessoal e institucional, e também os que formulam políticas e os que são responsáveis por sua gestão.

Em relação à experiência profissional, os reflexos da formação e qualificação dos profissionais podem explicar, em parte, a alta rotatividade de médicos na ESF e a melhor avaliação da qualidade da APS para médicos que permanecem mais tempo na ESF. A literatura demonstra a dificuldade de inserção de novos profissionais na proposta de APS, pois a maioria que atua no sistema ainda é formada para um modelo assistencial privatista, hospitalocêntrico e superespecializado, levando à desvalorização política e social da APS, que enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de enfrentar o modelo fragmentado existente⁶.

Por outro lado, o dinamismo de oportunidades no mercado de trabalho para os médicos nas regiões economicamente mais ativas pode contribuir para a demissão voluntária dos médicos, que facilmente se realocam no mercado de trabalho³⁵.

Estudo realizado no Canadá por Geneau *et al.*³⁶ demonstra que as possíveis causas da alta rotatividade dos médicos que atuam como porta de entrada no sistema de saúde estão relacionadas à insatisfação no trabalho, com o aumento da carga horária, pressões diárias e a retirada da autonomia profissional.

Em Curitiba, no Paraná, o perfil dos médicos da ESF parece diferenciado do que se observa neste estudo e na literatura nacional, em geral. Os médicos da ESF aparentemente são mais experientes que os enfermeiros, têm idade média de 46,6 anos e apresentam baixa rotatividade e longo tempo de formados (17,8 anos)¹³, enquanto neste estudo foi de 2,3 anos.

A oferta de capacitações foi evidenciada como um aspecto positivo na ESF da região noroeste de Goiânia, pois a maioria dos profissionais referiu ter participado de capacitações relacionadas às suas atividades no último ano, de forma semelhante ao estudo de Curitiba¹³, que tem sido referência de modelo de APS neste trabalho³⁷.

Os resultados indicam ainda que as capacitações têm contribuído significativamente para o aperfeiçoamento profissional dos entrevistados e que isto se refletiu na sua prática profissional ou em uma melhor qualidade do serviço, na percepção dos profissionais.

No estudo de Kolling¹¹, que mediu a experiência de médicos e enfermeiros com a ESF de 32 municípios do Rio Grande do Sul, a autoavaliação positiva em habilidades específicas da APS – trabalho multidisciplinar, visita domiciliar, abordagem familiar e comunitária – associou-se significativamente com

alto escore geral de APS, indicando que o aperfeiçoamento nessas habilidades, orientadas pelos atributos da APS, pode ser útil para atingir maior orientação dos profissionais nessa proposta.

Entretanto, são necessários outros estudos que esclareçam quais são os princípios e estratégias de ensino-aprendizagem que orientam essas capacitações, na perspectiva de contribuir para a implementação da Pneps. Para Tesser *et al.*³⁸, a EPS constitui um instrumento privilegiado de análise da realidade, construção de ações de promoção da saúde, cuidado na ESF e na superação da visão hierárquica e autoritária dos processos de educação e de trabalho, qualificando, assim, a formação e as práticas dos profissionais de saúde da APS.

A associação entre o tempo de trabalho na equipe e a percepção das capacitações com a qualidade da APS demonstra a importância das estratégias de vinculação e da qualificação dos profissionais, na perspectiva da EPS, para a obtenção de melhores desfechos na avaliação de seus atributos e, conseqüentemente, reflexos positivos na qualidade dos serviços prestados à população^{11,12}.

Sugere-se que outros fatores podem ter influenciado os resultados apresentados, como as mudanças no cenário político e econômico no município, que se refletem nas políticas públicas no âmbito das condições de trabalho, segurança, recursos humanos, físicos e materiais na região noroeste e as diferentes concepções e nível de aceitação dos modelos de avaliação em saúde.

Ressalta-se como limitação do estudo a utilização de um instrumento de perfil de formação e qualificação que não permitiu identificar as propostas pedagógicas e características da formação e da qualificação dos profissionais que poderiam elucidar alguns aspectos de sua contribuição para a qualidade dos serviços. Quanto ao *PCATool*, não considera a avaliação estrutural do serviço, como sugerem Vitoria *et al.*²⁴, e utiliza pesos iguais para os atributos na medida da orientação à APS. A versão do instrumento escolhida para o presente estudo considerou apenas a medida do grau de orientação para a APS pela avaliação da experiência dos profissionais, não tendo sido realizada nenhuma medida da percepção dos usuários em relação aos atributos.

Podem-se reconhecer ainda limitações próprias desse tipo de pesquisa, avaliativa e transversal, e que poderiam ser minimizadas com base em estudos complementares com enfoque qualitativo.

Cabe ressaltar que o presente estudo é o primeiro, no município de Goiânia, que relaciona o perfil de formação e qualificação dos profissionais de saúde com a qualidade dos serviços de APS, utilizando um método de avaliação validado nacional e internacionalmente, e referendado pelo Ministério da Saúde e pela literatura mundial.

CONCLUSÃO

Na região noroeste de Goiânia, em relação ao perfil dos profissionais, em sua maioria mulheres, os médicos são mais jovens, têm menos tempo de formados, menor proporção de realização de pós-graduação e menor tempo de trabalho na ESF e na equipe do que os enfermeiros, que, por sua vez, apresentam maior experiência e qualificação profissional, bem como maior vínculo com a ESF. A maioria participa de capacitações em sua área de atuação, e estas têm contribuído para o aperfeiçoamento e mudanças na prática profissional.

A avaliação da qualidade dos serviços da APS demonstra um processo satisfatório em relação ao escore não essencial, mas frágil no escore essencial, resultando em um alto escore geral de APS, mas com indicações de que há muito a melhorar na qualidade desses serviços.

O estudo conclui que houve associação entre o perfil de qualificação dos profissionais com a qualidade dos serviços da APS no modelo estratificado, onde, para os médicos, trabalhar na mesma equipe por um período igual ou superior a um ano e a percepção de que as capacitações contribuem para o aperfeiçoamento profissional se associaram a alto escore de APS. Contudo, não houve associação no modelo geral (médicos e enfermeiros).

Sugere-se realizar estudos que esclareçam quais são os princípios e estratégias de ensino-aprendizagem que orientam as capacitações realizadas, na perspectiva de contribuir para a implementação da Pneps, e avaliações que contemplem a percepção dos usuários, por exemplo, por meio do *PCATool* – Brasil, versão para usuários.

Fonte financiadora: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, por meio do Programa Concessão de Bolsas de Formação de Mestrado e Doutorado, chamada nº 003/2013, processo nº 201310267000397.

REFERÊNCIAS

1. Costa PP. Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. Rio de Janeiro; 2006. Mestrado [Dissertação] - FIOCRUZ.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis* [on line]. 2010. 20(2) [Capturado 24 ago. 2014]; 551-570. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, educação e saúde. 2008. 6(3) [Capturado 24 ago. 2014]; 443-56. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.
7. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [on line]. 2011. 11(3) [Capturado 21 jun. 2014]; 323-334. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300013>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011.
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
10. d'Ávila LS, Assis LN, Melo MB, Brant LC. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [on line]. 2014. 19(2) [Capturado 24 ago. 2014]; 401-416. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200401&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>.
11. Kolling JHG. Orientação à Atenção Primária à Saúde nas Equipes de Saúde da Família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre; 2008. Mestrado [Dissertação] - Biblioteca FAMED/ HCPA.
12. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública [on line]. 2012. 28(9) [Capturado 24 jun. 2014]; 1772-1784. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.
13. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013. 8(29) [Capturado 16 jun. 2014]; 294-303. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCAtool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
15. Figueiredo AM. Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. Porto Alegre; 2011. Mestrado [Dissertação] - Biblioteca FAMED/ HCPA.
16. Nascimento AC. Atributos da Atenção Primária na Saúde Bucal: uma avaliação por meio do Primary Care Assessment Tool. Curitiba; 2011. Mestrado [Dissertação] - PUC/ PR.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário 2012. [Capturado 23 jun. 2014]. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/shtml/seplam/anuario_seplam.pdf
18. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Hearst N, Newman TB. Designing Clinical Research. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
19. Castro RCL. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre. Porto Alegre; 2009. Mestrado [Dissertação] - Biblioteca FAMED/ HCPA.
20. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. Porto Alegre; 2009. Mestrado [Dissertação] - Biblioteca FAMED/ HCPA.
21. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva [on line]. 2011. 16(11); 4415-4423. [Capturado 23 jun. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200014&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>.
22. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2013. 8(29) [Capturado 23 jun. 2014]; 244-55. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 13 jun. 2013.
24. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2013. 8(29) [Capturado 23 jun. 2014]: 244-55. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/832>
25. Machado MH, Stiebler AL, de Oliveira ES, Lampert J, D'Aguiar J, da Silva L, et al. Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
26. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS da, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008. 24(1) [Capturado 8 out. 2014]; 193-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>.
27. Rocha BS. Enfermeiros do Programa Saúde da Família coordenadores de equipe: perfil profissiográfico, técnico e interpessoal. Goiânia; 2008. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Enfermagem/UFG.
28. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina Ciências Biológicas e da Saúde* 2005; 26(2):101-108.
29. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007. 22(3) [Capturado 24 ago. 2014]; 167-77. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Macinko%202007.pdf>
30. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira, TS, Arcuri, MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012. 36(4) [Capturado 13 mar. 2015]; 541-549. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600014&lng=en&tlng=pt. [10.1590/S0100-55022012000600014](http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600014).
31. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013. 18(6) [Capturado 23 jun. 2014]; 1677-1682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421 de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 5 mar. 2010.
33. Maciel ELN, Figueiredo PF, do Prado TN, Galavote HS, Ramos MC, de Araújo MD, et al. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010. 15(4) [Capturado 24 ago. 2014]; 2021-2028. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400016&lng=en&nrm=iso. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400016>.
34. Minayo MCS. Pós-graduação em Saúde Coletiva de 1997 a 2007: desafios, avanços e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010. 15(4) [Capturado 23 jun. 2014]; 1897-1907. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400002>.
35. Negri B. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
36. Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche PA. Primary care practice a la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. *BMC Family Practice*. 2007;24(2):138-44.
37. OPAS. CONASS. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.
38. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011. 16(11) [Capturado 23 jun. 2014]; 4295-4306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

As autoras Mariana Policena Rosa de Oliveira, Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes, Lucilene Maria de Sousa e Maria do Rosário Gondim Peixoto participaram da elaboração deste manuscrito, desde a concepção e desenho do estudo, assim como, análise dos dados, escrita e revisão da versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana Policena Rosa de Oliveira
Rua Eurípedes Coutrins, Qd 7, Lt 6, casa 1
Setor Santa Rita VII Etapa – Goiânia
CEP 74370-494 – GO
E-mail: mariana_policena@yahoo.com.br