

A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano

The quality of primary care services, vocational training and the More Doctors Program in a health region of southwest Goiás

Ludmila Grego Maia^I , Luiz Almeida da Silva^{II} , Rafael Alves Guimarães^{III} ,
Bruno Bordin Pelazza^I , Giulena Rosa Leite^I , Maria Alves Barbosa^{IV} 

RESUMO: *Introdução:* A atenção primária à saúde (APS) deve assumir a centralidade do cuidado para que os sistemas de saúde atendam às necessidades de saúde da população e as resolvam. *Objetivo:* Avaliar a APS com base em seus atributos, sob a perspectiva dos profissionais, por meio do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (*primary care assessment tool* — PCATool), verificando fatores que se associam à melhor atenção. *Metodologia:* Estudo transversal realizado com 41 enfermeiros e 31 médicos na região sudoeste II do estado de Goiás mediante entrevistas com o instrumento PCATool. Análise bivariada e múltipla por meio da regressão linear foi utilizada para verificar os fatores associados aos atributos da APS. *Resultados:* O menor escore geral de APS foi para o atributo acesso de primeiro contato (3,71). A análise bivariada e múltipla mostrou diferença estatística entre as variáveis profissão e os escores essencial, derivado e geral. Médicos do Programa Mais Médicos apresentaram maiores pontuações médias (7,68 essencial; 9,11 derivado; 8,04 geral) quando comparados aos outros profissionais médicos e enfermeiros. *Conclusões:* Evidenciou-se alto escore geral para os atributos, exceto para o acesso de primeiro contato. O tempo de formação acadêmica e de trabalho mostrou-se satisfatório. Consideram-se fatores associados entre formação, qualificação profissional e os atributos da APS o fato de pertencer ao Programa Mais Médicos e o nível da formação acadêmica, pontos que estiveram relacionados à obtenção de melhores escores.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde. Programa Mais Médicos.

^IDepartamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás – Jataí (GO), Brasil.

^{II}Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás – Catalão (GO), Brasil.

^{III}Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

^{IV}Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

Autor correspondente: Ludmila Grego Maia. Campus Jatobá – Cidade Universitária. BR-364, km 195, n. 3.800, CEP: 75801-615, Jataí, GO, Brasil. E-mail: lgregomaia@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 01/2016, processo 432600/2016-7.

ABSTRACT: *Introduction:* Primary health care must assume the centrality of care so that health systems address and solve the health needs of the population. *Objective:* To evaluate the quality of primary health care from the perspective of health professionals, including those associated with the Mais Médicos Brasil Program, verifying associations between quality of services and professional qualification. *Methodology:* A cross-sectional study where interviews with health professionals were carried out. The quality of care was measured by means of interviews about the experience of doctors and nurses with the services, using the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil). The presence and the extension of the primary health care attributes of the Southwest II region of Goiás state, constituted by 10 municipalities, were investigated. *Results:* The lowest APS Overall Score was for the first contact access attribute (3.71). The bivariate analysis showed statistical difference between the variables profession and the essential, derived and general scores. Doctors of the More Doctors Program had higher average scores (7,68 essential; 9,11 derivative; 8,04 general) when compared to other medical professionals and nurses. *Conclusions:* The findings highlight the importance of permanent evaluation of health services, especially primary care, due to its importance and centrality to the organization of other levels of care. Only from this monitoring is possible a better management orientation for strategic and resolute investments.

Keywords: Health evaluation. Primary health care. Health consortia.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas no Brasil, políticas públicas têm sido adotadas como forma de garantir a consolidação da atenção primária à saúde (APS) e, por meio dela, alcançar os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações no âmbito da APS têm o poder de mudar o perfil de morbimortalidade da população e atender às suas necessidades de saúde^{1,2}.

Portanto, o Ministério da Saúde (MS) tem apostado em estratégias com vistas à sua qualificação. Recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM) foi implantado almejando alcançar atenção primária mais universal^{3,4}. Com a possibilidade de participação de médicos oriundos de outros países, com maior ênfase nos cubanos, sua implementação objetivou suprir a escassez de profissionais médicos em áreas críticas no país, reduzindo assim as desigualdades de acesso e contribuindo para o fortalecimento e a consolidação da APS^{5,6}.

Extrapolando as questões políticas e as críticas feitas ao PMM, como a sua estruturação, sua sustentabilidade e a vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, estudos preliminares têm apontado que com sua implantação foi possível ampliar o acesso e alcançar cobertura de quase 100% da população nos municípios de pequeno porte, com ampliação do acesso à APS, garantindo maior assistência à saúde. Tal fator ocorreu por vincular profissionais médicos a equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que até então estavam inativas pela sua ausência, além de reorganizar a estrutura da formação médica, com o aumento da oferta de vagas, a abertura de novos cursos em regiões com déficit na relação médico/habitantes, bem como o fortalecimento da inserção dos estudantes de medicina nas unidades de atenção básica^{7,8}.

É esperado que os profissionais de saúde que atuam no nível primário apresentem alguns atributos/elementos ditos essenciais a um serviço de qualidade, entre eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidados, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Os quatro primeiros atributos são chamados de essenciais e indicam se um serviço de saúde é provedor de APS, e os três últimos são denominados de derivados e qualificam as ações da APS^{2,9,10}.

Uma das propostas para se medir esses atributos é definir estratégias que possam mensurar a qualidade da APS, aqui entendida como assistência prestada de forma efetiva, eficiente e centrada no usuário⁹. Nesse contexto, iniciativas vêm sendo adotadas pelo MS com vistas a institucionalizar processos de avaliação e monitorar permanentemente indicadores de saúde. Citam-se como exemplos o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que tem como objetivo incentivar os municípios a melhorar a qualidade dos serviços de saúde; e o instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (*Primary Care Assessment Tool* — PCATool), utilizado para verificar a presença e a extensão dos seus atributos⁹⁻¹¹.

O PCATool, tendo em vista seu reconhecimento e sua validação em outros países, além de apresentar uma avaliação segura sobre a APS, vem sendo frequentemente empregado em estudos que objetivam identificar a qualidade da atenção. Foi adotado pelo MS e escolhido como instrumento deste estudo. Salienta-se o fato de esse questionário permitir a coleta de informações que possibilitam mensurar o caráter operacional, prático e estrutural na atenção primária^{11,12}.

Dados apontam que, onde há profissionais com orientação mais forte para APS, se observa maior probabilidade de melhores níveis de saúde a custos mais baixos, além de melhores indicadores de saúde. Desse modo, há maior racionalidade e eficiência no controle de agravos e melhor e mais frequente utilização de práticas preventivas, o que consequentemente reflete em usuários mais bem assistidos, cujas demandas são atendidas^{2,9,10}.

Diante dos argumentos expostos, da centralidade e da importância da atenção primária para a consolidação do SUS e da necessidade de sua avaliação permanente, este estudo buscou conhecer a orientação dos profissionais de saúde para APS, especialmente os que estão vinculados ao PMM, tendo em vista a potencialidade desse programa de fortalecer esse nível de atenção. Ressalta-se que se trata de um estudo pioneiro na região sudoeste II do estado de Goiás, uma das primeiras a aderir ao programa.

O presente estudo objetivou avaliar a APS com base em seus atributos, sob a perspectiva dos profissionais, por meio do PCATool, verificando fatores que se associam a melhor atenção.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado com profissionais de saúde na região de saúde sudoeste II do estado de Goiás, Centro-Oeste do Brasil, no período de março a junho de 2016. A rede

de atenção à saúde no estado está dividida em cinco macrorregiões, que se subdividem em oito regiões de saúde, totalizando 246 municípios¹³⁻¹⁵.

A região do estudo tem como foco principal atividades do agronegócio, que vem sendo expandido ao longo dos anos e, com isso, transformando a região, influenciando seu crescimento e sua expansão econômica. Essa região abrange 10 municípios. De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), existiam 45 equipes de ESF cadastradas, distribuídas em 36 unidades básicas de saúde (UBS). A implantação da ESF nos últimos 10 anos tem se dado de forma exponencial, e a cobertura na maioria dos municípios é superior a 70%. A região é responsável pela população de cerca de 3% do estado e foi uma das primeiras a aderir ao PMM. Trata-se de um importante cenário de estudos e pesquisas, tendo em vista ser um polo universitário e vincular-se a uma regional da Universidade Federal de Goiás^{13,14}.

Foram incluídos na investigação enfermeiros e médicos vinculados à APS da região em questão. Os critérios de seleção consistiram em: pertencer à mesma unidade de saúde há mais de seis meses e não estar afastado da atividade por nenhuma razão.

Dos 100 profissionais elegíveis inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 72 responderam aos questionários. Houve três recusas, sete profissionais em licença e 18 que estavam no serviço havia menos de seis meses. Dez profissionais do PMM preencheram os critérios de inclusão — cabe destacar que se tratava de estrangeiros.

As entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram no local de trabalho dos profissionais. Os entrevistadores foram devidamente treinados conforme orientação do manual de aplicação do PCATool-Brasil, e a média de duração das entrevistas foi de 30 minutos.

Utilizaram-se dois questionários na coleta de dados. O primeiro constituía-se de questões para identificação do perfil sociodemográfico, laboral e de qualificação profissional (sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho na unidade, categoria profissional, instituição de formação, pós-graduação e tipo de capacitação nos últimos 12 meses). O segundo referia-se ao PCATool-Brasil versão profissionais, ou seja, um espelho da versão adultos acrescido do item integralidade, sendo empregado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, validado no Brasil e adotado pelo MS¹¹.

O PCATool-Brasil é constituído de 77 itens, divididos em oito componentes (acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integração de cuidados, sistemas de informação, serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e orientação comunitária). Cada um desses componentes tem um leque de perguntas, que buscam apresentar todas as interfaces daquele atributo avaliado. Exemplifica-se no item sistema de informação: Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (por exemplo, boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim o quisessem? Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende¹¹?

Todas as questões são respondidas em forma de escala Likert, em que são atribuídos escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; 4 = com certeza sim). O questionário destina-se aos profissionais que atuam diretamente na assistência aos usuários¹¹.

Ainda de acordo com instruções do manual do PCATool: o escore essencial deve ser calculado por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), e o escore derivado, obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). O escore geral é calculado pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados¹¹.

Starfield¹⁰ definiu que os valores dos escores são padronizados em escala que varia de 0 a 10. Escores (essencial, derivado e geral) iguais ou superiores a 6,6 são considerados altos e indicam forte orientação para a APS.

Consideraram-se variáveis dependentes as pontuações obtidas nos escores essencial, derivado e geral. As variáveis independentes foram: idade (anos), sexo (masculino ou feminino), tempo de formação profissional (anos), tempo de trabalho na unidade pesquisada (meses), profissão (enfermeiro, médico ou médico participante do PMM), tipo de instituição de formação (pública ou privada), pós-graduação, pós-graduação em saúde pública ou saúde da família (sim ou não) e capacitação na área de atuação nos últimos 12 meses (não ou sim).

Os dados foram analisados por meio do programa Stata, versão 14.0. Para a análise de consistência interna do escore total do instrumento e por atributo, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach, adotando-se confiabilidade interna aceitável de 0,7. Inicialmente, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors para verificação da normalidade das variáveis quantitativas¹⁶. Variáveis qualitativas foram apresentadas como frequências absolutas, relativas e quantitativas, como média, desvio padrão (DP), mediana e intervalo interquartil na análise descritiva.

Para verificar os fatores associados aos desfechos investigados, inicialmente se realizou análise bivariada. O teste *t* de Student para amostras independentes, a análise de variância (ANOVA) e a correlação de Pearson (*r*) foram utilizados quando apropriados. Variáveis com $p < 0,20$ nessa análise e potenciais variáveis de ajuste (sexo e idade) foram incluídas em modelos de regressão linear múltipla. Os resíduos de regressão linear foram analisados para averiguar normalidade. O teste de White e o fator de inflação da variância (*variance inflation factor* — VIF) foram realizados para determinar presença ou ausência de heterocedasticidade e multicolinearidade nos modelos, respectivamente¹⁷. Aplicou-se o teste de Ramsey (RESET) para diagnosticar possíveis erros de especificação dos modelos. Para todos os testes feitos, $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo^{17,18}.

A pesquisa, de nível de doutorado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob número 1.474.221.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a descrição do perfil sociodemográfico e de qualificação profissional dos participantes do estudo, em que prevaleceram profissionais do sexo feminino

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e qualificação dos profissionais de saúde da região sudoeste II, Goiás, Brasil, 2016 (n = 72).

Variáveis	n	%
Qualitativas		
Sexo		
Masculino	20	27,8
Feminino	52	72,2
Categoria profissional		
Enfermeiro	41	56,9
Médico	21	29,2
Médico ^a	10	13,9
Tipo de instituição de formação		
Pública	27	37,5
Privada	45	62,5
Pós-graduação		
Não	19	26,4
Sim	53	73,6
Tipo de pós-graduação (n = 53)*		
Especialização	51	96,2
Residência médica	4	7,5
Pós-graduação stricto sensu (mestrado/doutorado)	3	5,7
Pós-graduação em Saúde Pública/Saúde da Família		
Não	48	66,7
Sim	24	33,3
Capacitação APS (últimos 12 meses)		
Não	10	13,9
Sim	62	86,1
Quantitativas	Média ± DP	Mediana (IIQ)
Idade (anos)	35,15 ± 10,26	31,5 (28,0 – 38,8)
Tempo de formação (anos)	11,06 ± 9,90	8,0 (4,3 – 13,0)
Tempo de trabalho na unidade (meses)	42,86 ± 39,12	24,0 (12,0 – 60,0)

APS: Atenção Primária à Saúde; ^aintegrante do Programa Mais Médicos; *variável de múltipla escolha; DP: desvio padrão; IIQ: intervalo interquartil.

(72,2%) e de enfermagem (56,9%). Médicos do PMM representaram 13,9% do total, todos estrangeiros. Quanto ao perfil de formação, 62,5% eram provenientes de instituição privada, e 73,6% tinham pós-graduação, sendo a especialização o tipo predominante (96,2%).

Ainda, 67,3% dos participantes disseram não possuir pós-graduação na área da saúde pública e que 86,1% afirmaram ter realizado capacitação nos últimos 12 meses. A média de idade foi de 35,15 ($\pm 10,26$) anos, o tempo de formação de 11,06 ($\pm 9,90$) anos e o tempo de trabalho na unidade de 42,86 ($\pm 39,12$) meses.

Dados referentes à presença e à extensão dos atributos da APS são descritos na Tabela 2, que apresenta os escores essencial, derivado e geral. Observaram-se escores maiores que 6,6 para todos os atributos, à exceção da acessibilidade (3,71). Ao se considerar o DP, ressalta-se que os escores essencial e geral foram menores que o esperado.

Visando à identificação de potenciais fatores associados aos atributos da APS, na análise bivariada (Tabela 3), verificou-se que médicos do PMM apresentaram escores médios mais altos de todos os atributos (geral = 8,04; $p = 0,001$) quando comparados aos outros profissionais médicos e enfermeiros. As médias do escore derivado (8,36; $p = 0,044$) e geral (7,51; $p = 0,035$) foram significativamente mais altas entre os profissionais com formação em instituições públicas em comparação aos que se formaram em instituições privadas. Também, indivíduos com pós-graduação em qualquer área exibiram escores mais altos no

Tabela 2. Distribuição dos resultados dos escores médios dos atributos e dos escores essencial, derivado e geral de atenção primária à saúde na avaliação dos profissionais de saúde da região sudoeste II, Goiás, Brasil, 2016 (n = 72).

Atributos	Média \pm DP	IC95%	Mediana	IIQ	Alfa de Cronbach	p K-S
Acessibilidade	3,71 \pm 1,26	3,41 – 4,01	3,33	2,96 – 4,31	0,638	< 0,001
Longitudinalidade	7,29 \pm 1,29	6,98 – 7,59	7,17	6,41 – 8,20	0,769	0,200
Coordenação IC	7,24 \pm 1,48	6,89 – 7,59	7,22	6,11 – 8,33	0,567	0,024
Coordenação SI	8,48 \pm 1,45	8,14 – 8,83	8,88	7,66 – 10,0	0,103	< 0,001
Integralidade SD	7,32 \pm 1,02	7,08 – 7,56	7,50	6,66 – 8,03	0,628	0,015
Integralidade SP	8,04 \pm 1,35	7,72 – 8,35	8,22	7,11 – 9,11	0,835	0,034
Escore essencial	7,01 \pm 0,75	6,84 – 7,19	7,10	6,68 – 7,44	0,821	0,200
Orientação familiar	8,82 \pm 1,31	8,51 – 9,13	8,88	8,05 – 10,0	0,293	< 0,001
Orientação comunitária	7,19 \pm 1,69	6,79 – 7,58	7,22	6,11 – 8,75	0,239	0,053
Escore derivado	8,00 \pm 1,16	7,73 – 8,28	8,05	7,29 – 8,88	0,319	0,062
Escore geral	7,26 \pm 0,78	7,08 – 7,45	7,35	6,85 – 7,76	0,815	0,200

DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IIQ: intervalo interquartil; K-S: Kolmogorov-Smirnov; IC: integração de cuidados; SI: sistemas de informação; SD: serviços disponíveis; SP: serviços prestados.

atributo derivado do que profissionais sem pós-graduação, embora tenha havido diferença significativa apenas no escore derivado.

Após ajuste por idade, sexo, profissão, tipo de instituição e tempo de formação, em análise de regressão múltipla, observou-se que pertencer ao PMM foi associado positivamente aos escores essencial ($\beta = 0,948$; $p = 0,001$), derivado ($\beta = 1,066$; $p = 0,006$) e geral ($\beta = 0,942$; $p = 0,001$), conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 3. Análise bivariada dos fatores associados aos atributos da atenção primária com base na percepção de profissionais de saúde da região sudoeste II, Goiás, Brasil, 2016 (n = 72).

Variáveis	Escore essencial		Escore derivado		Escore geral	
	Média ± DP	p	Média ± DP	p	Média ± DP	p
Sexo						
Masculino	7,15 ± 0,83	0,327 ^b	8,11 ± 1,31	0,647 ^b	7,39 ± 0,87	0,380 ^b
Feminino	6,96 ± 0,71		7,97 ± 1,11		7,21 ± 0,74	
Profissão						
Enfermeiro	6,79 ± 0,72	0,001 ^c	7,86 ± 1,06	0,004 ^c	7,06 ± 0,75	0,001 ^c
Médico	7,14 ± 0,62		7,76 ± 1,23		7,29 ± 0,67	
Médico ^a	7,68 ± 0,70		9,11 ± 0,78		8,04 ± 0,65	
Tipo de instituição						
Pública	7,23 ± 0,72	0,061 ^b	8,36 ± 1,02	0,044 ^b	7,51 ± 0,71	0,035 ^b
Privada	6,89 ± 0,74		7,79 ± 1,19		7,11 ± 1,19	
Pós-graduação						
Sim	7,02 ± 0,73	0,449 ^b	8,07 ± 1,06	0,021 ^b	7,28 ± 0,74	0,159 ^b
Não	6,81 ± 0,64		7,11 ± 1,10		6,88 ± 0,67	
Pós-graduação em SP/SF*						
Sim	6,88 ± 0,78	0,271 ^b	7,96 ± 1,04	0,814 ^b	7,15 ± 0,77	0,381 ^b
Não	7,08 ± 0,73		8,03 ± 1,22		7,32 ± 0,78	
Capacitação						
Não	7,01 ± 0,75	0,901 ^b	8,01 ± 1,22	0,915 ^b	7,26 ± 0,80	0,959 ^b
Sim	7,04 ± 0,77		7,97 ± 0,65		7,27 ± 0,69	
Idade (anos)	0,128	0,283 ^c	0,056	0,638 ^c	0,144	0,342 ^c
Tempo de formação (anos)	0,159	0,183 ^c	0,078	0,513 ^c	0,133	0,229 ^c
Tempo de trabalho (meses)	-0,009	0,941 ^c	-0,041	0,733 ^c	-0,021	0,859 ^c

DP: desvio padrão; SP: saúde pública; SF: Saúde da Família; ^aintegrante do Programa Mais Médicos; ^bteste *t* de Student para amostras independentes; ^canálise de variância (ANOVA); ^dcorrelação de Pearson.

Tabela 4. Análise de regressão múltipla dos fatores associados aos atributos essencial, derivado e geral com base na percepção de profissionais de saúde, Goiás, Brasil, 2016 (n = 72).

Variáveis	β^b	IC95%	p
Essencial			
Idade	-0,002	-0,044; 0,039	0,915
Sexo			
Feminino	Ref		
Masculino	-0,061	-0,610; 0,487	0,823
Profissão			
Enfermeiro	Ref		
Médico	0,213	-0,396; 0,822	0,125
Médico ^a	0,948	0,413; 1,483	0,001
Tipo de instituição			
Publica	Ref		
Privada	-0,047	-0,453; 0,359	0,818
Tempo de formação	0,002	-0,044; 0,045	0,989
Derivado			
Idade	0,001	-0,029; 0,032	0,931
Sexo			
Feminino	Ref		
Masculino	-0,269	-1,111; 0,572	0,525
Profissão			
Enfermeiro	Ref		
Médico	-0,304	-1,317; 0,707	0,550
Médico ^b	1,066	0,310; 1,822	0,006
Pós-graduação			
Não	Ref		
Sim	0,088	-0,354; 0,531	0,691
Tipo de instituição			
Publica	Ref		
Privada	-0,163	-0,743; 0,415	0,574

Continua...

Tabela 4. Continuação.

Variáveis	β^b	IC95%	p
Geral			
Idade	0,002	-0,019; 0,020	0,980
Sexo			
Feminino	Ref		
Masculino	-0,053	-0,590; 0,482	0,842
Profissão			
Enfermeiro	Ref		
Médico	0,189	-0,430; 0,808	0,544
Médico ^a	0,942	0,419; 1,466	0,001
Pós-graduação			
Não	Ref		
Sim	0,080	-0,199; 0,360	0,569
Tipo de instituição			
Publica	Ref		
Privada	-0,058	-0,448; 0,332	0,767

Ref: categoria de referência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; ^amédicos do Programa Mais Médicos; ^bmodelos de regressão ajustados por idade, sexo, profissão e tipo de instituição; R² = 0,181 (essencial); R² = 0,161 (derivado); R² = 0,186 (geral).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que os profissionais de saúde investigados estão orientados à APS. Características intrínsecas do processo de trabalho preconizado na ESF propiciam condições para o desenvolvimento de atributos necessários ao bom andamento da APS. A criação de vínculo é um importante atributo que proporciona condições para exercer cuidado de modo mais longitudinal, potencializando a orientação à APS^{19,20}.

O perfil de formação/qualificação dos profissionais, assim como em outros estudos, teve predominância de profissionais especialistas²¹⁻²⁵. Estudo realizado no Distrito Federal, Brasil, com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas revelou que as especializações melhoram a competência profissional, ao passo que consolidam e ampliam conhecimentos, levando o profissional a constituir novos modos de agir²⁶.

Nessa direção, na última década, especialmente com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, verificou-se que o MS tem disparado ações que procuram fortalecer a formação de recursos humanos em saúde^{27,28}. Tais estratégias visam qualificar os

profissionais que atuam nas unidades de saúde, aproximando-os das necessidades da comunidade e das demandas do SUS^{28,29}.

Nesta investigação, profissionais com formação acadêmica oriundos de instituições públicas apresentaram melhores escores nos atributos avaliados. Desde 2001, novas políticas educacionais no âmbito da formação em saúde têm se desenhado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais, contribuindo para um ensino mais direcionado às demandas vivenciadas da APS no âmbito do SUS³⁰.

Esforços têm sido feitos com o intuito de mobilizar políticas que atendam às características das instituições de ensino, buscando formar indivíduos críticos, humanísticos e qualificados para exercer o seu papel no sistema de saúde. Verificam-se, nas instituições públicas, ações que abrangem atividades de ensino, pesquisa e extensão a fim de atender a essas exigências, tendo o SUS como ordenador da formação³⁰. A formação dos profissionais de saúde deve perpassar a graduação e inserir-se de modo permanente ao longo da sua trajetória profissional, estreitando vínculos entre as instituições de educação superior, a rede de saúde e a comunidade^{27,31}.

Observou-se alto grau de orientação à APS para todos os escores nos atributos avaliados, à exceção do acesso de primeiro contato. Outras pesquisas realizadas nessa perspectiva, em Porto Alegre (RS), Curitiba (PR) e Piracicaba (SP), evidenciaram que esse atributo é o que apresenta menor escore em relação aos demais, o que denota que os profissionais de saúde da atenção primária precisam de constantes orientações quanto ao acesso de primeiro contato^{20,24,32}.

O modelo adotado pela Política Nacional de Atenção Básica, em que as unidades de saúde, quase na sua totalidade, funcionam entre as 7 e 17h, tem sido apontado como um dos fatores dificultadores desse acesso, e a parcela da população que trabalha não encontra acolhimento para suas demandas de saúde¹. Torna-se, portanto, necessária e urgente uma revisão dos parâmetros de funcionamento das UBS, a fim de ampliar a acessibilidade, uma vez que esse é um momento essencial para acolhimento, criação de vínculo e escuta qualificada. O baixo escore (3,71) relacionado ao acesso de primeiro contato pode exercer influência negativa no estabelecimento dos demais atributos, tendo em vista que o modo de acolher o usuário pode interferir na posterior criação de vínculo³³⁻³⁵.

Estudo recente que avaliou o acesso às equipes certificadas pelo PMAQ apontou ainda que menos da metade das equipes entrevistadas relatou condições adequadas para realizar o acolhimento dos usuários. Os problemas elencados foram: ausência de espaço físico adequado, disponibilidade de protocolo e falta de competência profissional para realização do acolhimento³³.

Tal como em outros estudos, os demais atributos avaliados, tanto os essenciais (longitudinalidade, coordenação, integralidade) como os derivados (orientação familiar e orientação comunitária), apresentaram alto escore para APS²⁴⁻³⁴.

É relevante ressaltar que neste estudo se observou que pertencer ao PMM foi associado positivamente a melhor pontuação em todos os escores (essencial, derivado e geral), o que sugere o alcance de um dos principais objetivos do programa, que é fortalecer a atenção primária, formando recursos humanos, a fim de disponibilizar a vinculação do profissional médico em áreas descobertas, possibilitando assim estabelecer mecanismos que possam consolidar os atributos inerentes ao processo de trabalho das equipes da APS³⁶.

Pesquisas atuais vêm demonstrando forte relação entre o PMM e melhorias nos indicadores de qualidade, de produção e de saúde e na humanização do serviço, além de diminuição de encaminhamentos e iniquidades de saúde^{36,37}. Esse programa também melhorou a capacidade de diagnóstico de problemas nos territórios de atuação das equipes^{37,38}.

Como limitação do presente estudo, aponta-se que o instrumento escolhido considerou apenas a medida do grau de orientação para a APS sob a ótica dos profissionais, e não foi aplicada nenhuma outra medida que levasse em conta a visão dos usuários em relação a esses mesmos atributos. Além disso, a perspectiva dos profissionais odontólogos também não foi considerada. Existem ainda limitações próprias da pesquisa transversal que impedem o estabelecimento de relação de causa e efeito.

Por outro lado, com a expansão de cursos na área da saúde nas universidades da região, aumenta-se a potencialidade de pesquisas que possam qualificar os serviços e subsidiar a gestão de informações e análises que direcionem as ações a serem implementadas.

É importante salientar que se trata de estudo pioneiro na região em questão, que avaliou os profissionais inseridos no PMM utilizando o PCATool-Brasil, visto como adequado para essa avaliação.

CONCLUSÃO

A avaliação da APS na região sudoeste II evidenciou alto escore geral para os atributos, exceto para o acesso de primeiro contato. Os tempos de formação acadêmica e de trabalho dos profissionais avaliados mostraram-se satisfatórios na APS.

Consideram-se fatores associados entre formação, qualificação profissional e os atributos da APS o fato de pertencer ao PMM e o nível da formação acadêmica, que estiveram mais relacionados à obtenção de melhores escores.

Os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de avaliação permanente do sistema de saúde, com vistas a subsidiar o planejamento das ações com foco nas potencialidades da equipe de trabalho, objetivando alcançar maior excelência na qualidade do trabalho prestado, o que sabidamente melhora os indicadores de saúde.

Tendo em vista o fato de que os médicos do PMM apresentaram melhores escores, salienta-se que uma das possibilidades de melhoria do atributo de acesso de primeiro contato, bem como dos elevados escores avaliados, é a ampliação do PMM na região estudada, além do fortalecimento da vinculação desses profissionais com a universidade federal instalada na região, o que melhoraria a integração entre ensino e serviço e, conseqüentemente, contribuiria para a manutenção da alta orientação para a APS.

AGRADECIMENTOS

À Comissão Intergestora Regional e à Comissão de Educação Permanente em Saúde da Regional Sudoeste II de Goiás, o apoio e acolhimento aos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; Seção 1: 68.
2. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; Seção 1: 1.
4. Couto MP. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2015.
5. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res 2008; 8: 19. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6963-8-19>
6. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ 2010; 88(5): 379-85. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>
7. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013; Seção 1: 1.
8. Lima RT, Fernandes TG, Balieiro AA, Costa FS, Schramm JM, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. Ciênc Saúde Coletiva 2016; 21(9): 2685-96. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>
9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Fraccolli LAP, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciênc Saúde Coletiva 2014; 19(12): 4851-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
13. Goiás. Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Mapa da Saúde [Internet]. [acessado em 15 out. 2016]. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/siga-atencao-basica/>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. [acessado em 5 out. 2016]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=52&VCodMunicipio=521190&NomeEstado=GOIAS
15. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) [Internet]. [acessado em 20 fev. 2017]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
16. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. J Stat Model Analytics 2011; 2(1): 21-33.
17. White H. A heteroskedasticity- consistent covariancematrix estimator and a direct test for heteroskedasticity. Econometrica 1980; 48(4): 817-38. <http://doi.org/10.2307/1912934>
18. Draper NR, Smith H. Applied Regression Analysis. 3ª ed. Canadá: John Wiley & Sons; 1998.
19. Ahmed S, Hoque ME, Sarker AR, Sultana M, Islan Z, Gazi R, et al. Willingness-to-Pay for Community-Based Health Insurance among Informal Workers in Urban Bangladesh. PLoS One 2016; 11(2): e0148211. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148211>
20. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad Saúde Pública 2015; 31(11): 2353-66. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126114>
21. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool-Brasil a profissionais e usuários. Saúde Debate 2014; 38(Núm. Esp.): 279-95. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>
22. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11(3): 669-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>

23. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CDL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl. 1): s148-s158. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
24. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29): 294-303. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)828](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828)
25. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enf USP* 2014; 48(Núm. Esp.): 126-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000600018>
26. Scherer MDA, Oliveira CI, Carvalho WMES, Costa MP. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface* 2016; 20(58): 691-702. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0020>
27. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface* 2014; 18(49): 313-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
29. Dias HSA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(6): 1613-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>
30. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União 2001.
31. Moreira COF, Dias MSA. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci* 2015; 40(3): 300-5. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.811>
32. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saúde Debate* 2014; 38(Núm. Esp.): 296-306. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>
33. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPP, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Saúde Debate* 2014; 38(Núm. Esp.): 34-51. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>
34. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc Anna Nery* 2016; 20(2): 275-80. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>
35. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc* 2014; 23(3): 869-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>
36. Mendonça CS, Diercks MS, Kopittke L. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2871-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16622016>
37. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília; 2015.
38. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(11): 3547-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>

Recebido em: 11/02/2018

Revisado em: 27/10/2018

Aceito em: 13/10/2018

Contribuição dos autores: Ludmila Grego Maia: concepção, coleta, análise dos dados e redação final do artigo. Luiz Almeida da Silva: concepção, redação crítica e aprovação final. Rafael Alves Guimarães: análise, redação crítica, aprovação final. Bruno Bordin Pelazza: análise, redação crítica. Giulena Rosa Leite: coleta de dados, metodologia e análise dos dados. Maria Alves Barbosa: planejamento, análise e redação final.

