



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Bruno Oliveira de Aguiar Santos

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA (CE)**

FORTALEZA
2016

Bruno Oliveira de Aguiar Santos

**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA (CE)**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de Formação
em Saúde da Família, nucleadora
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial para obtenção do título
de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula
Soares Gondim

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Educação na saúde

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A227f Aguiar Santos, Bruno Oliveira de.

Formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Caucaia (CE) / Bruno Oliveira de Aguiar Santos. – 2016.

102 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Formação profissional em saúde. 3. Recursos humanos em saúde. I. Título.

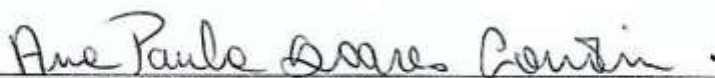
CDD 610

Bruno Oliveira de Aguiar Santos

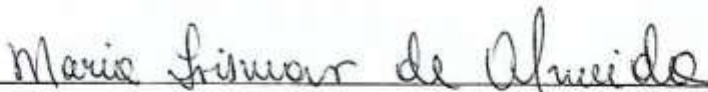
**FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA (CE)**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim (Presidente/Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof.^a Dr.^a Maria Irismar de Almeida (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 08 / julho / 2016

Fortaleza - CE

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força superior concebida diante de mais um desafio de vida. Minha fé sempre me assegurou que o sucesso é alcançável.

Aos meus pais, José Luciano Aguiar Aragão Santos e Claudia Maria Oliveira Santos, que sempre acreditaram no meu potencial e investiram maciçamente na minha vida educacional e de meus irmãos. Obrigado por vocês terem escolhido a educação como um dos pilares de nossa família!

Aos meus irmãos, Andressa Oliveira de Aguiar Santos e Christiano Oliveira de Aguiar Santos, por sempre terem vibrado com as minhas conquistas pessoais e profissionais. Obrigado também pelos ensinamentos de irmãos mais velhos!

À minha esposa, Ana Carolina Santana Praxedes, por dividir todos os momentos de vida comigo, trazendo amor, carinho, paz e razão à minha existência. Carol, essa é mais uma vitória conquistada ao teu lado!

À Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim, minha Orientadora, por todos os ensinamentos, tempo dedicado, atenção e por ter depositado em mim sua confiança para o desenvolvimento deste trabalho. Professora, parabéns pelo seu amor pela docência!

Aos meus companheiros de Mestrado e futuros Mestres e Doutores, Adriana, Aila, Alyne, Cristiano, Cristiane, Danuta, Diego, Dirlia, Emanuela, Eline, Fábio, Gemimma, Géssika, Joverlândia, Lucenir, Luciana, Maria Luiza, Marielle, Risolinda, Verônica, pelo conhecimento compartilhado e, sobretudo, pela amizade de vocês.

Aos Professores e a Suerda, pelo exemplo de profissionalismo. Vocês são funcionários padrão-ouro da Universidade Federal do Ceará.

À Prefeitura Municipal de Caucaia, por ter permitido e colaborado para o bom desenvolvimento desta pesquisa.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e importantes contribuições dadas para meu crescimento profissional e construção desta dissertação.

A todos, que direta ou indiretamente, colaboraram para o engrandecimento e conclusão deste trabalho.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a formação dos profissionais de saúde (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Caucaia (CE) de acordo com os aspectos legais e conceituais, dando destaque à Política Nacional da Atenção Básica. A pesquisa foi realizada no período de novembro a dezembro de 2015, com 119 profissionais de saúde, sendo 42% (n=50) enfermeiros, 37% dentistas (n=44) e 21% médicos (n=25). O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário, separado em três partes: dados de identificação, formação acadêmica e informações sobre a vida profissional (competências, habilidades e atribuições na ESF). Os dados coletados foram armazenados no banco de dados Epidata® 3.1 e analisados no pacote estatístico STATA® 12.0. Para as variáveis categóricas, foram realizadas estatísticas descritivas simples (proporção), enquanto para as contínuas/discretas foram empregadas medidas de tendência central. Para análise bivariada, o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste de Fisher foram utilizados, considerando um nível de significância de 5%. Os resultados indicaram que a maioria dos profissionais de saúde era do gênero feminino, adultos jovens (média de 35 anos), concursados e com bom tempo de trabalho na ESF (média de 6,2 anos). A média do tempo decorrido da graduação e da última pós-graduação foi, respectivamente, 9,7 e 4,6 anos. Houve predominância de profissionais cujo grau máximo de titulação era especialização (principalmente em Saúde da Família e cursos voltados para especialidades clínicas). 54,6% (65) dos participantes apresentaram especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva, sendo a melhoria da prática na ESF considerada o principal motivo para a busca por esta qualificação. Não houve associação estatística ($p>0,05$) entre a realização desses cursos e o cumprimento das atribuições específicas da ESF. Conclui-se que os profissionais de saúde de Caucaia (CE), em sua maioria, apresentam uma formação voltada para o modelo da ESF. Recomenda-se um maior incentivo para a realização de cursos com enfoque na ESF a fim de garantir uma conexão entre trabalho e formação a todos os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da Família. Formação profissional em saúde. Recursos humanos em saúde.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the training of health professionals (doctors, dentists and nurses) working in the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Caucaia (CE) according to the legal and conceptual aspects, highlighting the Policy National Primary Care. The survey was conducted from november to december 2015 with 119 health professionals. Of these, 42% (n=50) were nurses, 37% (n=44) dentists and 21% (n=25) doctors. The instrument used for data collection was a questionnaire, separated into three parts: identification data, data from academic training and information about the professional life (skills, abilities and responsibilities in the FHS). The collected data were stored in Epidata® 3.1 database and analyzed using the statistical package STATA 12.0. For categorical variables, simple descriptive statistics (proportion) were performed, while for continuous measures of central tendency were employed. For bivariate analysis, Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used, considering a 5% significance level. The results indicated that most health professionals were female, young adults (average 35 years), gazetted and good working time in the FHS (average 6.2 years). The average elapsed time of graduation and the last graduate was respectively 9.7 and 4.6 years. There was a predominance of professionals whose maximum degree of titration was specialization (especially in Health and courses for clinical specialties). 54.6% (65) of the participants were specialized in FHS or Public Health, and improving practice in the FHS considered the main reason for the search for this qualification. There was no statistical association ($p > 0.05$) between the realization of these courses and the fulfillment of the specific tasks of the FHS. It is concluded that Caucaia health professionals (CE), mostly feature oriented training for the FHS model. It is recommended a greater incentive to conduct courses with a focus on FHS to ensure a connection between work and training for all health professionals in primary care.

Keywords: Family Health Strategy. Health Human Resource Training. Health Manpower.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Nome e Localidade das UBS e respectivos números de equipes de saúde da família e de profissionais de saúde por Secretaria Executiva Regional. Caucaia, Ceará, 2015.	53
Tabela 1	Relação das variáveis categóricas por categoria profissional: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016.	61
Tabela 2	Relação das variáveis contínuas/discretas por categoria profissional: idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da última pós-graduação, tempo de trabalho na ESF, nota atribuída à graduação para a ESF. Caucaia, Ceará, 2016.	63
Tabela 3	Cumprimento das atribuições específicas da PNAB por categoria profissional. Caucaia, Ceará, 2016.	70
Tabela 4	Relação das variáveis categóricas por cumprimento de todas as atribuições específicas da PNAB: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016.	71
Tabela 5	Relação das variáveis contínuas/discretas por cumprimento de todas as atribuições específicas da PNAB: idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da última pós-graduação, tempo de trabalho na ESF, nota atribuída à graduação para a formação para a ESF. Caucaia, Ceará, 2016.	73
Tabela 6	Relação das variáveis categóricas por cumprimento de 60-70% das atribuições específicas da PNAB: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016.	74

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 7	Relação das variáveis contínuas/discretas por cumprimento de 60-70% das atribuições específicas da PNAB: idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da última pós-graduação, tempo de trabalho na ESF, nota atribuída à graduação para a formação para a ESF. Caucaia, Ceará, 2016.	76
-----------------	---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa das Secretarias Executivas Regionais de Caucaia. Caucaia, Ceará, 2016.	52
Gráfico 1	Tempo decorrido de conclusão do curso de graduação por categoria profissional (em anos). Caucaia, Ceará, 2016.	64
Gráfico 2	Tempo decorrido de conclusão do último curso de pós-graduação por categoria profissional (em anos). Caucaia, Ceará, 2016.	64
Gráfico 3	Motivos da realização dos cursos de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva pelos profissionais de saúde. Caucaia, Ceará, 2016	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAS	Programa dos Agentes de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano de Regionalização
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PROMED	Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SER	Secretarias Executivas Regionais
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	MARCO TEÓRICO.....	18
3.1	Atenção primária à saúde: contexto histórico e conceitual.....	18
3.2	Da criação do SUS ao surgimento do PSF no Brasil.....	22
3.3	A formação acadêmica e profissional para a ESF.....	25
3.4	Trajetória das Políticas Públicas Nacionais para reorientação da formação profissional no SUS/ESF.....	34
3.5	Competências, habilidades e atribuições relacionadas à atuação dos profissionais de saúde da ESF.....	40
3.6	A produção científica sobre a Estratégia de Saúde da Família e a formação dos profissionais de saúde.....	43
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	50
4.1	Tipo do estudo	50
4.2	Local do estudo	50
4.3	População do estudo	51
4.4	Descrição das variáveis	54
4.5	Coleta de dados.....	54
4.6	Análise dos dados.....	56
4.7	Aspectos éticos	57
5	RESULTADOS.....	58
5.1	Características sócio-demográficas.....	58
5.2	Características da formação acadêmica e titulação.....	58
5.3	Informações da vida profissional/ Competências, habilidades e atribuições na ESF	66
6	DISCUSSÃO	77
7	CONCLUSÃO	83
8	RECOMENDAÇÕES.....	84

9	REFERÊNCIAS	85
10	APÊNDICES.....	96
	Apêndice A	96
	Apêndice B	100
	Apêndice C	102

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação surgiu de uma inquietação intrínseca de avaliar na minha vivência diária do município de Caucaia (CE), onde atuo como Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF), se os profissionais de saúde da ESF têm ou buscam uma formação educacional voltada para o enfoque específico da Atenção Básica, compreendendo os porquês que norteiam a qualificação desses trabalhadores.

O Programa de Saúde da Família (PSF) corresponde a uma política pública de saúde que teve início em 1994 sob a iniciativa do Ministério da saúde (LIMA; PEREIRA; DRUMMOND, 2013). Apesar do termo “programa”, a nomenclatura Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi assumida desde 2006 por se configurar como estratégia estruturante de orientação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) (LINS; ALCHIERI; ARAÚJO NETO, 2013).

O desenvolvimento dessa estratégia envolve a participação das chamadas equipes de saúde da família, compostas por profissionais de saúde (médicos, dentistas e enfermeiros) bem como por trabalhadores de nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde) (BRASIL, 2012).

O tema recursos humanos vem ocupando a agenda da política de saúde como ponto nodal para a implementação do sistema nacional de saúde e estratégias do Ministério da Saúde, como a ESF. Esse processo enfrenta desafios relativos tanto a aspectos quantitativos de distribuição e fixação de profissionais como qualitativos, ambos referenciados à formação profissional (HADDAD *et al.*, 2010).

Os profissionais de saúde da Atenção Básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Destacam-se nesse ponto, a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde voltados para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na Atenção Básica, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto (DUTRA *et al.*, 2012).

Cursos de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e Saúde Coletiva são exemplos de formação com destaque para a Atenção Básica. A proposta destes é capacitar graduados na área da Saúde que já atuam ou que

desejam atuar na ESF ou serviços do SUS, promovendo o aprimoramento da gestão e organização dos serviços de Atenção Primária, além de estimular a qualificação da prática clínica e a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde. O incentivo para a realização destes cursos é engrandecedor para o desenvolvimento das competências, habilidades e atribuições específicas dos profissionais de saúde conforme estabelece a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL 2012).

Profissionais de saúde sem uma formação voltada ao modelo da ESF podem impactar de forma negativa no desenvolvimento das atividades clínicas e coletivas, prejudicando consequentemente a obtenção de resultados e indicadores satisfatórios almejados (MARTELLI *et al.*, 2010).

A literatura ainda carece de trabalhos dessa natureza que traga à comunidade científica o panorama profissional da ESF no País. E, infelizmente, os trabalhos desenvolvidos evidenciam que ainda há necessidade de se investir em qualificação específica dos trabalhadores para atuarem na ESF, como especialização em saúde da família, saúde pública, saúde coletiva ou residência multiprofissional em saúde da família, principalmente quando se considera o crescente aumento do número de equipes da ESF pelo País (FERRAZ *et al.*, 2012; MONTENEGRO; BRITO, 2011; NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA, 2006; TOMASI *et al.*, 2008; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Dessa forma, surgem os seguintes questionamentos: os profissionais de saúde da ESF possuem uma formação voltada à aquisição das competências e habilidades necessárias ao exercício de seus desempenhos profissionais, diante das exigências do modelo de atenção que envolve uma diversificada e complexa realidade sanitária? Cursos relacionados à ESF garantem realmente uma prática diferenciada dos profissionais em relação à melhor compreensão das suas competências e habilidades e cumprimento das suas atribuições?

Essas questões reforçam o fato de que o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF que atuam em cada município no Brasil é de relevante importância, a fim de identificar a competência para desenvolver as atividades exigidas, correlacionar as suas titulações e a utilidade para o modelo, bem como obter a opinião desses trabalhadores das reais necessidades da ESF na prática cotidiana no que se refere à formação profissional.

2. OBJETIVOS

2.1GERAL

- Avaliar a formação dos profissionais de saúde (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Caucaia (CE), com destaque para a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

2.2ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos sócio-demográficos dos profissionais de saúde que atuam na ESF;
- Descrever o tempo decorrido da conclusão dos cursos de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde da ESF;
- Identificar a formação continuada dos profissionais de saúde da ESF;
- Investigar os motivos para a realização de cursos de pós-graduação com enfoque na ESF;
- Descrever as razões para a escolha da ESF como oportunidade de trabalho;
- Identificar as estratégias segundo os profissionais de saúde para a educação permanente na ESF;
- Analisar o cumprimento das atribuições específicas pelos profissionais de saúde segundo a PNAB;
- Estabelecer uma associação entre profissionais de saúde da ESF que possuem cursos de pós-graduação voltados para a ESF e o cumprimento das atribuições específicas da PNAB.

3. MARCO TEÓRICO

O marco teórico desenhado nesta dissertação parte da formação dos profissionais de saúde que atuam na ESF, sendo melhor compreendido quando se delineia um caminho científico que abrange desde a contextualização da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a dimensão histórica, passando pela construção do conceito tanto internacional como nacional da APS, correlacionando o tema com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos modelos assistenciais no Brasil.

Enfatiza-se que a reorganização da Atenção Básica no País, por meio do modelo da ESF, traz peculiaridades e chega até as diretrizes mais atuais trazidas pela Nova Política Nacional de Atenção Básica e as competências e atribuições dos profissionais atuantes.

Particularmente, busca-se a compreensão de como a formação dos profissionais de saúde vem ocorrendo ao longo desse processo de implementação da APS no Brasil por meio de políticas e programas ordenadores, além de estabelecer e avaliar o panorama atual dos recursos humanos disponíveis para atuar na ESF. Ao final, com base nas produções científicas, são descritas as habilidades e conhecimentos desejados aos profissionais de saúde para uma atuação adequada na ESF.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO HISTÓRICO E CONCEITUAL

A Declaração de Alma-Ata, aprovada em setembro de 1978 ao final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, representou um marco histórico por trazer os primeiros consensos globais sobre a Promoção da Saúde como elemento essencial das políticas de saúde a serem desenvolvidas pelos governos dos Estados (AITH, 2013; LAVRAS, 2011).

A partir de então, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou várias outras Conferências para tratar de temas relevantes relacionados com a promoção de saúde e os cuidados primários de saúde, com especial destaque para as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que vêm ocorrendo periodicamente desde Ottawa (1986) até Helsinque (2013) (AITH, 2013).

A partir de Alma-Ata até os dias atuais, entra em debate o uso da melhor expressão para representar o primeiro nível de atenção à saúde: Atenção Primária, Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS). Ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar. Esta questão instiga discussões em diferentes meios acadêmicos e profissionais (MELO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

O clássico estudo de White, Williams e Greenberg (1961) foi que chamou definitivamente a visão para a “atenção médica primária”, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizada neste nível de atenção, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma discreta fração do total.

Ainda, o conceito de atenção primária trabalhado circunscreve-se, no geral, aos indicadores assistenciais: oferta de serviços de cuidado à saúde integrados e acessíveis, através de clínicos responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades de cuidados pessoais em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com pacientes e praticada no contexto da família e comunidade (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

No Brasil, a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 e revisada em 2011, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo governo, que passou a denominar assim suas secretarias, departamentos e documentos oficiais (BRASIL, 2006a, 2011a). Essa situa a ESF como caminho prioritário para reorganização da Atenção Básica (SUMAR; FAUSTO, 2014).

A partir da PNAB, a Atenção Básica ficou definida como o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2012), sendo esta a definição adotada por nosso trabalho.

Esta oscilação terminológica, sugestiva de uma disputa ideológica, deve considerar uma terceira expressão, a “Atenção Primária à Saúde” (APS), referente a “*Primary Health Care*” (PHC) na língua inglesa, focada na Conferência de Alma-Ata

e menos presente nos documentos oficiais brasileiros. É provavelmente a expressão que se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do SUS e modelo comunitário da ESF (MELO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Em países industrializados, com destaque para os europeus, a APS foi vista inicialmente como o primeiro nível de serviços de saúde para toda a população, sendo daí referida mais comumente como “Atenção Primária” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

O Professor Eugênio Vilaça Mendes (2005) traz seu ponto de vista da seguinte forma:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional. A atenção primária se denomina aqui de Atenção Básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da Atenção Primária à Saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significativo primário quer referir-se ao ‘complexíssimo’ princípio da APS, o do primeiro contacto (MENDES, 2005).

Atualmente, observa-se uma crescente utilização do termo APS no Brasil, sem que haja uma explicação definida. Todavia, é notável sua coincidência com o amadurecimento acadêmico da medicina de família no País, o que faz pensar na influência de uma maior aproximação com a literatura internacional. Contribui para esta visão a nítida preferência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) pelo uso dos termos. Fundada em 1981, a SBMFC é a entidade nacional que congrega os médicos que atuam em postos e outros serviços da APS, incluindo os da ESF, prestando atendimento médico geral, integral e de qualidade a indivíduos, famílias e comunidades. Inclui também professores, preceptores e pesquisadores e outros profissionais interessados nesta área (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2014).

Por outro lado, não há dados que permitam precisar o motivo pelo qual o SUS, na contracorrente internacional, teria assumido a denominação “Atenção Básica”, tendência cristalizada na regulamentação de suas Normas Operacionais. Os indícios apontam para uma opção ideológica na determinação das “matrizes discursivas” envolvidas na conformação de um discurso contra-hegemônico, em

conformidade com as premissas do movimento preventivista (MELO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

A verdade é que os termos têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e racionais até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos (MELO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; SUMAR; FAUSTO, 2014). Como simplificam Simão, Albuquerque e Erdmann (2007) em seu artigo, “Atenção Básica ou Atenção Primária de Saúde, básica ou primária, o que importa é que ela seja o primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde”.

O consenso formulado pela OPAS e OMS é de que o modelo de saúde atual deve valorizar a APS, conduzindo-a de forma renovada, e que resultados sanitários positivos devem ser buscados por meio da implantação do Sistema integrado de saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Há evidências quanto ao bom desempenho da APS na orientação de sistemas públicos, em especial no que diz respeito à produção de atos de cuidar de indivíduos e grupos sociais que favoreçam a integralidade, a humanização e a qualidade da atenção dispensada (MOROSINI; CORBO, 2007).

A APS é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL, 2010).

No Brasil, a Portaria n.º 4.279/2010 instituiu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Posteriormente, as RAS foram conceituadas pelo Decreto presidencial n.º 7.508/2011. O documento as define como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Traz também que as RAS estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em

consonância com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011b).

Para o SUS, o objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

3.2 DA CRIAÇÃO DO SUS AO SURGIMENTO DO PSF NO BRASIL

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde, nº 8080/90 e n.º 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados à sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios, além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 1990; ROLIM; CRUZ; SAMPAI, 2013). A construção do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, Estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo INAMPS (SILVA, 2011).

Importante citar que, assim como a saúde passou a ser garantida constitucionalmente como direito de todos e dever do estado (art. 196), a partir da institucionalização da Constituição Federal de 1988, o ordenamento e a formação dos recursos humanos na área da saúde também passaram a constar em lei (art. 200, inciso III) como atribuição do Estado e competência do SUS (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Contudo, a ocorrência de intentos constitucionais que atribuem à saúde a responsabilidade pelo ordenamento da formação não garante e nem significa que o setor, de maneira isolada, consiga cumprir essa missão (COSTA; MIRANDA, 2009).

Na tentativa de implementar as ações de saúde, o SUS foi gerido por Normas Operacionais Básicas, conhecidas como NOB, instrumentos jurídico-institucionais editados pelo Ministério da Saúde entre os anos de 1991 e 1996 após amplo processo de discussão com os demais níveis, gestores e outros segmentos da sociedade. Seu objetivo era aprofundar e reorientar a implementação do SUS,

definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus Gestores e normalizar o SUS (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Em 1994, visando à implementação e reorganização da Atenção Básica no SUS, o governo federal criou o Programa de Saúde da Família (PSF). Esse modelo trouxe como eixos a definição de um território, compreendendo o contexto sócio-econômico-cultural das famílias que ali se inserem, o trabalho em equipe, a intersetorialidade e a aproximação dos profissionais de saúde e pacientes. Atualmente, mais de vinte anos depois de sua criação, é tido como uma das principais estratégias de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência (CERICATO; GARBIN; FERNADES, 2007; SOUSA, 2014).

O Estado do Ceará se destacou como um dos pioneiros na implantação do PSF, pois tal processo se iniciou no Nordeste do Brasil, incluindo os municípios cearenses de Sobral e Quixadá. Muito desse pioneirismo ocorreu em razão da interiorização da saúde no Estado e por ter sido o primeiro a institucionalizar, em 1989, o Programa de Agentes de Saúde (PAS). Esse deu origem dois anos depois ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde, considerado o antecessor do PSF, por suas características de enfoque nas relações comunidade-família-indivíduo e de reorganização da Atenção Básica. O PACS representou a primeira estratégia de APS no Ceará (ÁVILA, 2011).

No contínuo enfrentamento dos obstáculos e dos dilemas surgidos para alcance dos princípios do SUS, era de consenso entre as esferas de gestão que as NOB não estavam conseguindo alcançar todos os princípios do SUS. Então, foi pensada outra estratégia em que a integralidade e a equidade pudessem levar à universalidade. Assim, no período de 2001 a 2002 foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a NOAS. Essa norma veio substituir as NOB e previa a organização qualificada da Atenção Básica e de melhor resolubilidade. A NOAS, em sua essência, dá ênfase ao princípio da regionalização mediante o Plano de Regionalização (PDR), construído sob os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e o Plano Diretor de Investimento (PDI) e fortalece o controle social (SIMÃO; ALBUQUERQUE; ERDMANN, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a PNAB através da Portaria n.º 648/2006 (BRASIL, 2006a) que fora revisada e atualizada posteriormente pela

Portaria n.º 2.448/2011 (BRASIL, 2011a). Segundo a atualização, a PNAB considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes, associando a ambos os princípios e diretrizes do SUS.

A proposição da PNAB incorporou os princípios e atributos de uma concepção de APS abrangente e trouxe importante consideração de uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006a). Seus princípios ordenadores são o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade (ou abrangência) e coordenação (STARFIELD, 2002).

O PSF é denominado desde 2006 de “Estratégia de Saúde da Família” por não se tratar apenas de um “projeto”, mas de um modelo estratégico de Atenção Básica com um curso essencialmente dinâmico e coletivo no seu processo construtivo, uma vez que novos desafios de saúde sempre geram discussões e novas reformulações (CAMPOS, 2006).

A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, dentista, agentes comunitários e auxiliares) cujo campo de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde comuns (como as ações de planejamento e busca ativa) e ações de competência específicas em seus núcleos de atuação da ciência. Construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às equipes de Saúde da Família no processo de trabalho em equipe. Atualmente, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas,

respeitando critérios de equidade para essa definição (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007; BRASIL, 2006b, 2012).

As diretrizes desse modelo de atenção apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, proporcionando mais racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida. Além da característica de mudar o enfoque de assistência à doença para promoção da saúde e, portanto, da qualidade de vida, exigindo do setor saúde uma atuação articulada com outros setores da sociedade (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Atualmente, segundo dados do Portal do Departamento Nacional da Atenção Básica, até o primeiro trimestre de 2016, o Brasil conta com aproximadamente 48.449 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde, sendo 40.483 efetivamente implantadas. De um total de 5.570 municípios brasileiros existentes, 5.485 (98,5%) já apresentam ESF (BRASIL, 2016a).

Analisando a região Nordeste do Brasil, há 17.604 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde. Dessas, 14.947 estão efetivamente implantadas. Quando se faz um recorte para o Estado do Ceará, encontram-se 2.539 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, sendo 2.368 efetivamente implantadas. Dos 184 municípios cearenses, todos já aderiram ao modelo da ESF. Especificamente no município de Caucaia, cenário onde foi realizado nosso estudo, há 80 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, sendo 68 efetivamente implantadas (BRASIL, 2016a).

Segundo nota técnica do Departamento da Atenção Básica do Ministério da saúde, para realizar o cálculo de cobertura populacional de uma determinada região geográfica pela ESF, deve-se considerar 1 (uma) equipe para cada 3.450 habitantes. Dessa forma, partindo de um contingente de 349.526 habitantes, Caucaia apresenta aproximadamente 67% de cobertura pela ESF, uma vez que deveria ter 102 equipes (BRASIL, 2016b).

3.3 A FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL PARA A ESF

O descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, a demanda dos serviços, principalmente aqueles que configuram a APS, e as necessidades de saúde da população é um problema e desafio para o setor público brasileiro. É

comum a prática na ESF de profissionais com formação acadêmica mais antiga, inclusive anterior à criação do PSF e, às vezes, até do SUS. Isso denota que certos profissionais de saúde não tiveram nenhuma preparação enquanto aluno de graduação a respeito de SUS ou PSF, reforçando a importância da formação de recursos em saúde durante a graduação e manutenção através de educação continuada para adequação ao modelo assistencial vigente (VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009).

A inadequação dos recursos humanos, na reorganização dos serviços de saúde, deve-se substancialmente ao modelo pedagógico hegemônico conteúdistas e fragmentado, arraigado nas instituições de ensino, e ao modelo biomédico fortalecido com as práticas tradicionais de saúde, voltadas para atenção individualizada, especializada, centrada na supervalorização da medicina curativa hospitalar e de consultório (COSTA; MIRANDA, 2009; NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA, 2006; SANCHEZ *et al.*, 2011). Esse modelo tem como base o conhecido Relatório de Flexner de 1910, por isso chamado de flexneriano, e defende uma visão cartesiana de divisão corpo e mente, enfoque na doença e conhecimento médico fragmentado em disciplinas (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Na concepção dos acadêmicos da saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são espaços em que não se pratica a integralidade e têm dificuldade de agregar equipes multiprofissionais. Na visão dos gestores, os profissionais que procuraram o SUS, como espaço de trabalho, não têm formação adequada e argumentam que a universidade não se compromete com o SUS. Na ótica dos docentes, as UBS são espaços que oferecem grandes dificuldades para se trabalhar e não oferecem condições adequadas para a aprendizagem. Em acréscimo, tem sido pouco clara a articulação entre o perfil de oferta de recursos humanos para saúde e as necessidades de saúde da população (CARVALHO; CECCIM, 2006; FIÚZA *et al.*, 2012).

A qualificação profissional deve ser almejada pensando nos profissionais formados que atuarão ou que já estão atuando ativamente nas comunidades, porém deve-se ter senso crítico para notar que o problema de se ter muitos profissionais despreparados para desempenhar o modelo sanitário proposto pode estar situado no momento pedagógico falho durante a graduação.

Partindo desse raciocínio de crítica ao modelo hegemônico de formação e qualificação em saúde, em 2001, o Ministério da saúde propôs mudanças na formação profissional dos acadêmicos dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2001, 2002). As DCN constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos que devem ser adotados por todas as instituições de ensino superior (IES) (PEREIRA; LAGES, 2013). No caso do curso de Medicina, atualizações recentes foram instituídas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Segundo os documentos acima, o profissional de saúde graduado deve ter uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, com rigor técnico e científico. Deve compreender a realidade social, cultural e econômica da população de seu meio, direcionando a sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002, 2014). Tais diretrizes devem ser incorporadas no processo de ensino-aprendizagem para que haja mudança efetiva na formação acadêmica de estudantes e professores, objetivando que o profissional seja crítico, capaz de trabalhar em equipe, engajado com a realidade social, adequado às necessidades sociais e do mercado de trabalho (BATISTA; GONÇALVES, 2011; LIMA; PEREIRA; DRUMMOND, 2013; NÓBREGA-THERRIEN; SOUZA; DINIZ, 2006).

As diretrizes curriculares para o curso de Medicina se desdobra em três áreas: Atenção à saúde, Gestão da saúde e Educação na saúde. Na primeira, o graduando deverá ser formado para compreender aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. Quanto à gestão da saúde, o curso visará à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde (abrange-se aqui a ESF) e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade. E em relação à Educação, o aluno deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

No caso da Odontologia, a formação do Cirurgião-Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das

seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente, gestão e administração. Os alunos devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde tanto em nível individual quanto coletivo, fundamentos da Atenção Básica que se relacionam à ESF (BRASIL, 2002).

Já em relação às diretrizes curriculares do curso de Enfermagem, além das mesmas premissas citadas acima ao curso de Odontologia, a formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Além disso, o aluno deve compreender que cada profissional deve determinar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde (BRASIL, 2001).

A seguir, são apresentados importantes estudos que abordaram a formação de recursos humanos em saúde, tanto durante o momento da graduação como após esse período, relacionando-a com a adequação às necessidades da ESF.

Em estudo sobre a formação dos profissionais de saúde, Feuerwerker (2003) afirmou que a educação profissional deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade e os conteúdos devem ser selecionados levando em consideração os critérios epidemiológicos e as necessidades de saúde. Os cenários de prática devem ser diversificados para que os estudantes tenham oportunidade de aprender a trabalhar em todos os espaços de atenção à saúde. Também enfatizou que os Ministérios da Educação e da Saúde devem realizar um trabalho articulado, com políticas convergentes e coerentes a fim de alcançar o sucesso na formação profissional.

Em 2006, Camelo e Angerami (2008) realizaram um importante estudo de abordagem qualitativa com auxílio de entrevista semi-estruturada com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares) de Ribeirão Preto (SP) com intuito de identificar e analisar o preparo na formação acadêmica desses para a ESF. Os resultados encontrados revelaram que a falta de preparo e/ou capacitação é considerada pelos trabalhadores como uma situação angustiante, que dificulta a realização das atividades necessárias à saúde da população. Concluiu-se que a formação de recursos humanos na área da saúde, especificamente aquela para

atuar no PSF, deve acontecer em consonância com as diretrizes da política nacional de saúde, dentro de um modelo que integre técnica, competência, integridade e resolatividade.

Reflexões teórico-metodológicas sobre as mudanças curriculares nos cursos de Medicina foram descritas por Nóbrega-Therrien, Souza e Diniz (2006). O estudo atribuiu a inadequada formação médica para a ESF à excessiva especialização da Medicina. Os autores afirmaram a necessidade do compromisso da escola médica de conferir ao profissional a formação geral e as competências básicas para a ESF, principalmente quando se considera a grande demanda da população por Atenção básica e a dificuldade da ESF em encontrar o perfil médico para a formação das equipes.

Pensando na perspectiva do processo de educação permanente, Garcia e Baptista (2007) compartilharam a experiência de construção de uma proposta de Educação à Distância (EAD) para os profissionais do SUS. As ações foram conduzidas por um grupo gestor, utilizavam videoconferências e buscavam também a formação de novos tutores de EAD para multiplicar o processo educativo. Essa constitui importante ferramenta tecnológica para auxiliar a formação dos profissionais do SUS.

Em estudo de revisão conceitual, Machado *et al.* (2007) atentaram para a importância da integralidade no processo de formação e educação permanente dos profissionais de saúde. Para o alcance dessa atenção integral à saúde, deve-se estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo profissional, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações a fim de garantir uma visão holística. A idéia de cuidado integrado compreende um saber-fazer e reflexão crítica de profissionais, docentes, gestores e usuários co-responsáveis pela produção da saúde.

Em pesquisa de avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes da ESF da região Norte do Brasil, Cordeiro *et al.* (2009) concluíram que esses profissionais estabelecem um perfil de competência onde há necessidades específicas de educação permanente. Alertaram que a mera adesão à ESF não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede, à melhoria da gestão e aperfeiçoamento da gerência do SUS. A capacitação

profissional e educação permanente é indispensável frente à demanda de formação exigida.

O debate sobre a formação do Médico, do Enfermeiro e do Odontólogo e sua adequação à visão ampliada de saúde e aos princípios do SUS foi realizado por Moretti-Pires (2009). Em seu trabalho intitulado “A complexidade da ESF e a qualificação do futuro profissional”, o autor realizou a técnica do grupo focal com acadêmicos desses cursos. Os dados apontaram para a formação flexneriana/biomédica nas três profissões assim como o foco no trabalho individual, e não em equipe multiprofissional, sendo tal quadro inadequado ao SUS/ESF, que preconiza atuação profissional focada na complexidade do entorno socioeconômico e antropológico dos usuários do sistema.

Em uma detalhada avaliação sobre a formação profissional no SUS, Costa e Miranda (2009) citaram que a maioria dos profissionais de saúde da ESF tem sua formação resumida ao curso de graduação. Isso nos leva inevitavelmente a inferir que a preparação dos profissionais para o programa se constitui em grande desafio para as IES e, conseqüentemente, para a política de recursos humanos em saúde do SUS. O fortalecimento da ESF depende da reorganização das IES e da reorientação de novos modelos pedagógicos.

Em estudo abordando a formação de médicos em Saúde da Família, Gonçalves *et al.* (2009) concluíram que esses não foram formados com o enfoque adequado em APS. Os médicos afirmaram que fizeram estágios muito curtos no PSF (em média 2 meses), que sentiam dificuldade em trabalhar em equipe e consideravam a necessidade de especialização na área para trabalhar na ESF.

No estudo de Villalba, Madureira e Barros (2009) sobre o perfil profissional dos dentistas de Campinas para atuação no SUS, os próprios dentistas consideraram o ensino de graduação como deficitário para a área de saúde pública e exercício na ESF, afirmando que a graduação por ora foca em atendimento privado e individual, enquanto a ESF dá ênfase ao aspecto coletivo e preventivo, além do trabalho em equipe.

Reflexão a respeito da formação profissional em saúde também foi feita por Moretti-pires, Lima e Katsurayama (2010) durante estudo qualitativo com uso de grupo focal com médicos da ESF do interior da Amazônia. Confirmaram que, de fato, a reformulação da formação médica é uma questão complexa, uma vez que essa

ainda é pautada na perspectiva biomédica, primando pelas especialidades e a fragmentação do ensino em disciplinas, o que é díspar com o enfoque generalista da ESF. A deficiência da formação universitária e a falta de educação permanente foram questões apresentadas pelos entrevistados e que comprometem as ações da ESF. Todavia, ressaltaram que esta temática está na lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pela ESF, e deve, portanto, ser foco de ações específicas na atenção primária.

No estudo de Marqui *et al.* (2010), foi observada uma formação profissional recente, que variou de 1 a 5 anos, o que contribui para a consolidação da ESF, tendo em vista as possibilidades de mudança apontadas pelas DCN em saúde. Importante informação se referiu à dificuldade relatada pelos profissionais de qualificação profissional. Esta é fundamental para o aprendizado e aperfeiçoamento dos serviços de saúde e também para as relações sociais estabelecidas inter e intra-equipes e com os usuários. A implementação de uma estratégia de valorização da qualificação do profissional das equipes da ESF deve promover a autonomia intelectual, o domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento e gerenciamento de seu tempo e espaço de ação.

Em trabalho sobre a percepção de dentistas sobre formação profissional, Saliba *et al.* (2010) citaram que as IES ainda encontram dificuldade em formar profissionais dotados de visão humanística, crítica e reflexiva, e com preparo para lidar com a comunidade, apesar de o setor público constituir ampla área de atuação de emprego. Os autores ainda afirmaram que, enquanto acadêmicos, os profissionais ao invés de buscarem atender às necessidades da população, vêem no paciente um objeto no qual o conhecimento teórico adquirido é praticado, desvinculando-o de sua realidade. Consequentemente, os alunos divergem da filosofia da ESF que é a família e sua realidade como foco.

Procurando avaliar as mudanças na formação dos profissionais de saúde e Educação Superior em saúde, Moraes e Lopes (2010) desenvolveram trabalho de abordagem qualitativa com uso entrevistas com professores e coordenadores dos cursos de Enfermagem e de Nutrição de duas IES de Divinópolis (MG). Dentre os resultados encontrados, destacou-se que a maioria dos professores não tem bem definidos a interdisciplinaridade, os princípios do SUS, as diretrizes curriculares e as possibilidades abertas pelos programas governamentais para a área de saúde

coletiva, capazes de alavancar com mais força a nova mentalidade acadêmica. Assim, o estudo chamou a atenção para a necessidade de haver condições também de capacitação, qualificação e desenvolvimento do corpo docente, para a efetividade do processo de formação dos profissionais de saúde, no que diz respeito à área pedagógica, à perspectiva político-social e à pesquisa.

Estudo qualitativo com egressos de uma pós-graduação *lato-sensu* em Saúde da Família do Espírito Santo para compreender a importância dessa atividade para a formação profissional foi desenvolvido por Maciel *et al.* (2010). Os resultados permitiram constatar a relevância do curso para a mudança das ações de trabalho e para a capacitação profissional dos alunos, com a perspectiva de constante atualização dos conteúdos e aperfeiçoamento do processo didático-pedagógico, através de um sistema de educação continuada ou até de educação permanente, bem como de processos de acompanhamento e supervisão em serviço.

A formação dos profissionais de saúde para o SUS foi analisada por Batista e Gonçalves (2011). Os autores afirmaram ser necessária mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde, compreendendo as necessidades e valores desses sujeitos envolvidos. Acrescentaram que esse processo deve ser feito através de trabalho pedagógico com metodologias ativas, como propõe hoje a Política de Educação Permanente em Saúde.

A percepção de enfermeiros da ESF sobre aspectos que facilitam ou dificultam a formação em APS foi abordada por Montenegro e Brito (2011) em seu estudo qualitativo com uso de entrevista semi-estruturada. Os enfermeiros relataram como principais obstáculos a má formação para a ESF durante a graduação e a dificuldade de continuidade do ensino em APS após o curso. Como fatores facilitadores para a formação em APS, citaram: estudo em universidade pública, vivência em internato rural e acompanhamento de profissionais ou professores com experiência em Saúde Pública durante a graduação. Os resultados possibilitaram concluir que investimentos na área de qualificação de recursos humanos ainda são necessários para o atendimento das demandas do SUS.

A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia foram avaliadas por Sanchez *et al.* (2012). O estudo foi conduzido através de questionários individuais com estudantes do 8º e 9º semestre

abordando dimensões relacionada à APS. Após análise quantitativa, mostrou-se que os alunos apresentam algumas posturas adequadas para o trabalho na ESF, como a visão ampliada do processo saúde-doença e a humanização, embora tenham afirmado que o modelo biomédico ainda possui força significativa na formação profissional.

As inovações curriculares têm sido insuficientes para promover alterações significativas e continuadas na formação de recursos humanos em saúde, persistindo uma formação inadequada dos profissionais que atuam ou que irão atuar no SUS. Ocorreram apenas mudanças conjunturais, sem que se alcançassem os problemas estruturais subjacentes e sem que as necessidades de saúde da comunidade fossem devidamente consideradas. As dificuldades de articulação entre as áreas ou departamentos de clínica com as áreas da saúde coletiva nos centros formadores são outro nó crítico. É fundamental, então, educação permanente como um caminho para melhoria na qualidade da ESF, por centrar nos processos de trabalho a construção do processo educativo (FIÚZA *et al.*, 2012).

Uma importante produção científica acerca desse tema foi trazida pela Revisão Integrativa da formação de recursos humanos em saúde no Brasil de Vendruscolo, Prado e Kleba (2014). De modo geral, chamou a atenção a escassez de publicações sobre o assunto (30 artigos selecionados nos anos de 2002 a 2012), sobretudo, em periódicos editados fora do Brasil. A partir de 2007, esse quadro se modificou, pois, nessa época, ganharam *status* de política pública as ações voltadas à formação de recursos humanos direcionada aos desígnios do SUS. Um quantitativo considerável de trabalhos tratou da formação de recursos humanos na Odontologia (6 estudos), seguidos por trabalhos da Enfermagem (5 estudos), Medicina (3 estudos), Psicologia (1 estudo) e Farmácia (1 estudo). Os demais estudos abordaram a formação orientada para o SUS, sem especificar a categoria profissional. Esse aspecto confirmou a preocupação das diferentes áreas com a temática.

Em resumo, a educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como um processo permanente, que se inicia durante a graduação e é mantido na vida profissional mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as IES, os serviços de saúde, o SUS, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. Assim, novos investimentos precisam ser feitos no sentido de

contribuir com os processos educacionais em construção que facilitem e impulsionem a integração do ensino, da assistência em saúde (extensão) e da pesquisa, considerados os três pilares da formação profissional (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013).

3.4 TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS PARA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS/ESF

Considerando que a ESF tem o papel potencial de eixo norteador da organização dos serviços de saúde municipais e que sua expansão tem sido contínua, é de fundamental importância a discussão sobre políticas de formação de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

De acordo com as leis orgânicas n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Conferências Nacionais de Saúde (VIII, IX, X e XI), a qualidade da atenção à saúde está intimamente relacionada com a formação de recursos humanos para atuar na saúde. Esses documentos acabam exigindo a necessidade de comprometimento das instituições de ensino com todos os níveis de atenção à saúde, bem como cobra do SUS o papel de interlocutor, orientando a formulação de projetos políticos pedagógicos e não somente a função de campo de prática (COSTA; MIRANDA, 2009).

Na busca pela qualificação profissional, ainda em 1998, o Ministério da Saúde por meio do departamento da Atenção Básica lançou um projeto dinamizador para a implementação do PSF: os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família, cuja concepção norteadora principal foi a de fortalecer a capacitação dos profissionais das equipes. Já em 2000, a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* (na modalidade de especialização e residência multiprofissional em PSF) representou outra iniciativa dentro dessa mesma perspectiva (BRASIL, 2005a; GIL, 2005; NÓBREGA-THERRIEN; ALMEIDA, 2006).

A partir de 2001, o Ministério da Saúde propôs mudanças na formação profissional em saúde por meio das DCN. É possível considerar que estas representam a ação institucional mais expressiva e abrangente a respeito da proposição de reestruturação no cenário da formação profissional em saúde, o que evidencia a centralidade que as mudanças curriculares têm apresentado no que diz

respeito às críticas e às políticas ordenadoras quanto ao tema (PEREIRA; LAGES, 2013). As DCN vêm possibilitando mudanças na concepção e perfil dos profissionais de saúde, egressos das IES, direcionados para a atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades (HADDAD *et al.*, 2010).

Em 2002, foi criado o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), desenhado pelos Ministérios da Saúde, da Educação e a OPAS, além da parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Rede Unida. O programa propunha ações no sentido de adequar a formação médica aos preceitos do SUS, provendo cooperação técnica às reformas curriculares e incentivando a oferta de estágios nos hospitais universitários e nos serviços de Atenção Básica à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Em 2003, importantes avanços no campo da gestão do trabalho no âmbito nacional também puderam ser vistos, como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), fato que significou dar à gestão dos recursos humanos um tratamento estratégico, focando na dimensão do trabalho e da educação na saúde para a formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (DE ANDRADE; TEIXEIRA; MACHADO, 2012).

As ações da SGTES incluem, dentre outras, a indução de mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades e os serviços de saúde, reunidas na Política Nacional de Reorientação da formação profissional em saúde. Os principais eixos da política são a integração ensino-serviço com ênfase na Atenção Básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em fevereiro de 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e, como ação estratégica para sua efetivação, foram reorganizados os Pólos de Capacitação em Saúde da Família como Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Esses deveriam superar a fragmentação da educação na saúde, ao apoiar a integração entre o ensino e o serviço, entre a formação e a gestão e entre o desenvolvimento institucional e o controle social (FERRAZ *et al.*, 2012).

Visando à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da Atenção Básica traduzidas pela ESF, em 2005, o Ministério da Saúde lançou em parceria com o Ministério da Educação o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Inspirado no modelo do PROMED, a intenção foi a integração ensino-serviço e a intervenção no processo formativo no sentido de que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo da formação centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas para outro processo, em que a formação esteja sintonizada com as necessidades sociais e leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população (BRASIL, 2005b; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Em 2007, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) no bojo dos avanços obtidos com o Pró-Saúde, fortalecendo ainda mais a parceria interministerial saúde e educação. O programa tem o foco na qualificação de estudantes de graduação e de pós-graduação, na rede de serviços, por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização. Evidencia ainda a necessidade de incentivos aos profissionais e docentes e destaca a importância de os serviços se tornarem objeto de pesquisa e fonte de produção do conhecimento nas instituições acadêmicas. A proposta do Pet-Saúde é favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço, incluindo um plano de pesquisa em Atenção Básica (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013; MONTENEGRO; BRITO, 2011).

Na perspectiva da PNEPS, que foi atualizada pela Portaria GM/MS n.º 1.996/2007 (BRASIL, 2007), a cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e Educação articulou ações, denominadas Ações Estruturantes Interministeriais relacionadas à Reorientação da formação de profissionais da saúde, visando à integração ensino-serviço-comunidade, dentre as quais, destacam-se: fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS; formação de Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Saúde Bucal; Pró- Saúde; PET-Saúde; Telessaúde; Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); Residência Multiprofissional em Saúde; Residência Médica; entre outros (HADDAD *et al.*, 2008; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Essa mesma Portaria define que a condução regional da política implicará na cooperação entre os Colegiados de Gestão Regional (CGR) – atualmente, designados de Comissões Intergestores Regionais (CIR) – e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas no regulamento, que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS. As CIES devem ser compostas pelos gestores de saúde, gestores de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos, e movimentos sociais ligados à gestão das políticas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, o Pró-Saúde, o PET-Saúde e programas anteriores, como o Projeto UNI (Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), o VER-SUS (Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde) e o Aprender-SUS (O SUS e os cursos de graduação na área da saúde), são exemplos expressivos da tentativa de aproximação entre ensino, serviço e comunidade, mediante a consecução de avanços nos projetos pedagógicos articulados com práticas de saúde e princípios do SUS (COSTA; MIRANDA, 2009; FERRAZ *et al.*, 2012). Essas ações visam a impedir a cisão entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais de saúde (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Em 2011, o Ministério da saúde lançou a nova Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/11) (BRASIL, 2011a), na qual constavam novas determinações para a formação profissional para a ESF. No ano seguinte, o Ministério da Saúde consolidou e publicou todas as atualizações no Manual da Política Nacional Atenção Básica (BRASIL, 2012). O documento tem grande valor por ratificar as atribuições tanto comuns como específicas dos profissionais da ESF. Também traz que compete ao Ministério da Saúde:

- Estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- Articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à

formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Em relação às secretarias estaduais e municipais de saúde e ao Distrito Federal, compete:

- Desenvolver ações e articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família.

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de induzir o progresso da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais planejadas para esse setor. Dentre as diretrizes, destacam-se o estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento e formação dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2011c).

Considerando a necessidade de valorização, aperfeiçoamento e educação permanente do profissional da Atenção Básica bem como buscando o seguimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, outra importante política instituída também em 2011 pelo Ministério da Saúde foi o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Essa estratégia é de extrema importância para a formação dos profissionais de saúde da Atenção Básica por estabelecer medidas, como:

- Supervisão presencial e à distância desenvolvida por tutores de IES, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino;
- Oferta aos participantes de curso de especialização em Saúde da Família, pelo prazo de 2 anos, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) (BRASIL, 2011d).

Uma das políticas mais atuais em vigor que vislumbram a formação e inserção de profissionais médicos (brasileiros e estrangeiros) na ESF é chamada de Programa Mais Médicos, que foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Lei n.º 12.871/13. Dentre seus objetivos, destacam-se:

- fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde no País;
- aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das IES na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS;
- estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

Apesar de todos esses esforços listados, há que se considerar que a política de formação profissional, mesmo estando a cargo da intervenção estatal, vem se configurando de modo variado, em virtude da diversidade política, social e econômica dos municípios (responsáveis diretos pelos serviços e pela qualidade dos profissionais da assistência à saúde), a partir do processo de descentralização e municipalização. Nesta perspectiva, estando a ESF incorporada à produção dos serviços da atenção primária, organizada em nível municipal, é imprescindível manter como foco de investimentos as políticas de recursos humanos para formação continuada dos profissionais de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em revisão integrativa acerca das políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil, Ferraz *et al.* (2012) afirmaram que o levantamento de estudos sobre o alcance dessas ações para a formação de profissionais de saúde no Brasil aponta limitado número de publicações no caráter de revisões sistematizadas. Faz-se necessário esse tipo de pesquisa, a fim de analisar tais programas e/ou políticas, de forma a contribuir com sua implementação.

Por fim, Vendruscolo, Prado e Kleba (2014) reforçaram o discurso sobre a importância da formação profissional como política essencial na mudança das práticas de atenção à saúde. Tornar o tema prioridade nas agendas dos que conduzem e operam o SUS requer discutir a (co)responsabilização de todos que

participam dos processos de formação e qualificação de profissionais e de gestores das práticas e dos serviços.

3.5 COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E ATRIBUIÇÕES RELACIONADAS À ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF

A produção cotidiana do cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores da saúde, bem como do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da ESF (UCHIMURA; BOSI, 2012). Esse conjunto de atributos desejáveis aos trabalhadores da saúde consta como competências e habilidades nas DCN para os cursos da área de Saúde (BRASIL, 2001).

O termo “Competência”, no campo da Promoção da Saúde, é definido como uma combinação de três domínios: conhecimentos (saber), habilidades (saber-fazer) e atitudes (saber ser e conviver/querer fazer), os quais possibilitam que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão. Pode-se ainda identificar, nesses domínios, competências clínicas e não clínicas (PINHEIRO *et al.*, 2015; UCHIMURA; BOSI, 2012).

Em 2008, realizou-se na Irlanda, a Conferência de Galway, que tinha como objetivo iniciar o debate internacional para construção de diretrizes para competências em promoção e educação em saúde. Ao final desta, foi criado, então, o Consenso de Galway, que considerou como sete os domínios de competências em promoção da saúde: Favorecimento de mudanças, Advocacia em saúde, Parceria, Liderança, Avaliação, Planejamento, Implementação (ALLEGIANTE *et al.*, 2009; PINHEIRO *et al.*, 2015).

No campo da formação e do trabalho em saúde do SUS, as competências aparecem como recursos demandados aos trabalhadores, materializados via conhecimentos, habilidades e atitudes imprescindíveis para consolidação da ESF, entendido como um conjunto de processos técnicos e sociais. Já o termo atribuição representa as responsabilidades próprias de um cargo ou função, a definição de tarefas e deveres, no âmbito da ESF (SAUPE *et al.*, 2007).

Diante do alto grau de exigências e responsabilidades dos profissionais de saúde no enfrentamento da ESF, os membros dessas equipes necessitam de preparo específico para assistir as famílias e a comunidade extramuros, além de

criatividade, senso crítico e adequado suporte técnico-científico. São necessários conhecimentos técnicos, políticos e culturais para a prestação de serviços na ESF, construindo assim um perfil trabalhista que contemple a integralidade e o trabalho pautado na produção do cuidado (CAMELO; ANGERAMI, 2008; COSTA; MIRANDA, 2009).

Espera-se que os profissionais sejam preparados para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, ético, qualificado, resolutivo, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Soma-se o fato de a realidade sanitária apresentar problemas cada vez mais complexos, que exigem, além de conhecimentos da clínica ampliada, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial (DUTRA *et al.*, 2012). É fundamental também criar condições para que o profissional consiga construir ativamente seu próprio conhecimento (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

O SUS/ESF está exigindo dos profissionais, inseridos no processo de trabalho em serviços de saúde, clareza dos seus limites de atuação, intervenção e habilidade para construir e manter o vínculo, contratualidade e responsabilização, o acolhimento entre o serviço e os usuários, a qualificação e a produção de saberes, dentre outros, como meios de superar o paradigma biologicista e buscar a promoção das ações voltadas para o cuidado, em atenção às novas e complexas necessidades de saúde da população (COSTA; MIRANDA, 2009). Nessa compreensão do enfoque da ESF como modelo assistencial de transformação, é essencial a aproximação do profissional de saúde das necessidades de saúde da população, pautando sua visão no entendimento dos determinantes sociais da doença (MORETTI-PIRES; LIMA; KATSURAYAMA, 2010).

No que se refere à capacitação profissional, todos os profissionais que atuam no âmbito da ESF devem estar aptos para compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, o que implicaria realizar uma síntese de saberes a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias (BESEN *et al.*, 2007; GIL, 2005). Devem também ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (COTTA *et al.*, 2006).

O profissional de saúde da família deve ter habilidades nas clínicas de relacionamento, de desenvolvimento do trabalho em equipe, de estabelecimento de parcerias, de comprometimento com o usuário e de respeito individual e familiar quanto ao modo de adoecer ou ter saúde. Também serve de fonte de recursos para uma população definida no que concerne à prevenção e tratamento de agravos e doenças. Deve ter capacidade de manejar as situações adversas, seja no acesso às ações da Atenção Básica de saúde, no acesso aos demais níveis de complexidade, na manutenção estrutural de equipamentos e no manejo de recursos disponíveis para a prática em saúde (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

A publicação do Ministério da Saúde mais recente que trata das responsabilidades dos profissionais de saúde da ESF é a nova Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/11). Através de sua análise, verifica-se a definição das atribuições comuns e específicas de cada membro da equipe de saúde da família (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde).

O cumprimento dessas atribuições pressupõe atividades a serem realizadas na prática profissional, exigindo habilidades e conhecimentos notórios em Saúde da família. Assim, para o alcance de um profissional apto à ESF é de suma importância uma grade curricular que contemple tais aspectos durante a graduação na área da saúde, bem como um processo de educação permanente para capacitação dos trabalhadores em cursos de pós-graduação direcionados ao modelo, como, por exemplo, especialização em saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, residência multiprofissional em saúde da família ou mestrado em saúde da família. A ESF também exige uma dedicação exclusiva de 40 horas semanais (FIÚZA *et al.*, 2012).

E, em consonância com as diretrizes curriculares, vale reafirmar que o profissional de saúde na busca desse perfil deve ter uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção em saúde, devendo ter plena compreensão da população assistida, inclusive agregando ao seu conhecimento o saber popular e práticas alternativas de cuidado (PEREIRA; LAGES, 2013).

Martelli *et al.* (2010) acrescentam que o modelo da ESF requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada da saúde, capazes de

compreender indivíduos, família e comunidade de forma sistêmica e integral, além da necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente, de modo que o foco não seja apenas práticas clínicas curativas, mas também de ações de caráter preventivo-promocional.

Nosso País precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializaram em administração, mas porque dominam o seu campo de trabalho ao final da graduação; profissionais com capacidade de escuta ampliada no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializaram em planejamento, mas porque sabem o que é um projeto terapêutico singular; e de profissionais com capacidade de acolhimento, não porque são bons classificadores de risco, mas porque estão imbuídos da inclusividade e responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva (CARVALHO; CECCIM, 2006).

3.6 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Inicialmente, vale ressaltar que a literatura ainda carece de estudos que descrevam o perfil dos trabalhadores de saúde e a formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Recomenda-se a realização de pesquisas com vistas ao fortalecimento dos dispositivos de reorientação da formação e ao aprofundamento do debate. (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

A consulta no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES) permite ao interessado obter o número de equipes de saúde da família por estado, os membros de cada equipe, seu cargo, jornada de trabalho, vínculo empregatício, dentre outras informações. Porém, não é possível saber a titulação dos profissionais a fim de traçar um panorama de que tipo de trabalhador está atuando na ESF. Assim, a obtenção desse quadro fica condicionada às publicações científicas que trazem essas informações (BRASIL, 2015).

A produção científica no Brasil nos últimos 10 anos aponta que os estudos quantitativos e qualitativos sobre as características dos profissionais de saúde e sua formação evidenciam uma adequação insuficiente para prepará-los para atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações da ESF, representando objeto de preocupação na área de

formação de recursos humanos. Em vários estudos, há um número significativo de profissionais sem qualificação adequada para o trabalho na ESF (GIL, 2005; MONTENEGRO; BRITO, 2011; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Em estudo quantitativo cujo objetivo era caracterizar o perfil dos profissionais da ESF do município de Teixeira (MG), Cotta *et al.* (2006) aplicaram questionário e encontraram que 75% dos médicos tinham alguma especialização e 50% haviam concluído a residência. Dentre os enfermeiros, apenas 33,3% tinham especialização concluída. As equipes não dispunham de Cirurgiões-Dentistas. Além disso, os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não receberam qualquer tipo de treinamento para trabalhar na ESF. Ressaltam ainda que a educação e formação dos profissionais é um importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto com enfoque na ESF.

Pesquisa quantitativa sobre a estrutura e organização do trabalho dos dentistas da ESF de municípios do Rio Grande do Norte foi desenvolvida por Araújo e Dimenstein (2006). Após entrevistas com 21 profissionais, constataram que nenhum possuía especialização em Saúde da família. Apenas 11 dentistas eram especialistas, mas em áreas específicas de Odontologia.

Ainda no mesmo ano, Canesqui e Spinelli (2006), através de delineamento do perfil sócio-demográfico e ocupacional dos profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) do Estado do Mato Grosso, obtiveram o resultado de que a residência médica e os cursos de especialização foram concluídos por, aproximadamente, 27% e 40% dos informantes, e apenas 1,6 % apresentavam o título de mestre e/ou doutor. A especialização em saúde pública foi concluída por 18% dos profissionais, e o curso de saúde da família por 14,8%. Esse último indicando esforços da Secretaria de saúde do Estado na capacitação dos profissionais do programa.

Dois anos depois, Tomasi *et al.* (2008) realizaram pesquisa quantitativa utilizando a entrevista como instrumento de coleta de dados em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil para avaliar o perfil das equipes de saúde da rede básica. Encontraram que, dentre os profissionais de nível superior, somente 37% tinham especialização, sem diferença significativa entre as regiões. Fica destacada a importância da formação de recursos humanos e a necessidade de qualificação e adequação dos profissionais aos novos modelos assistenciais.

Os dados da pesquisa quantitativa de Villalba, Madureira e Barros (2009) também corroboram os estudos anteriores. Os autores descreveram o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica de saúde no município de Campinas e analisaram sua adequação para atuação no SUS através da aplicação de questionário estruturado dividido em 3 partes: identificação pessoal, formação profissional e atividade profissional / política de saúde. Observou-se que apenas 27% dos cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo fizeram pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva e 75% tiveram algum tipo de capacitação para a prática no SUS.

Em 2010, em revisão sobre a formação para a ESF, Duarte (2010) afirmou que os profissionais que já estão atuando na ESF devem ser permanentemente treinados e atualizados, pois o modelo do SUS necessita de trabalhadores capazes de reconhecer a extensão necessária de sua atuação e inserção em um conjunto articulado de ações.

Com intuito de avaliar o impacto de uma pós-graduação *lato-sensu* em Saúde da Família na qualificação de profissionais de saúde do Espírito Santo, Maciel *et al.* (2010) desenvolveram estudo quantitativo com os egressos desse curso de especialização, entre os anos de 2006 e 2007, usando questionário semi-estruturado. Dentre os participantes da pesquisa (n=47), encontrou-se a seguinte divisão: 19 enfermeiros (40,4%), 12 dentistas (25,5%), 11 médicos (23,4%) e 5 profissionais de outras áreas (10,6%), representando a preocupação dessas categorias profissionais com uma qualificação voltada ao modelo da ESF.

Pesquisa com análise quantitativa buscando definir o perfil do cirurgião-dentista inserido na ESF em municípios do estado de Pernambuco foi realizada por Martelli *et al.* (2010). Após aplicação de questionário, observou-se que 77,8% dos dentistas (de um total de 115 profissionais) já haviam concluído algum tipo de formação, entre capacitação, aperfeiçoamento, especialização e residência, sendo 67,8% com foco voltado para a ESF. Desses últimos, 44,9% realizaram especialização com a particularidade de ser viabilizada por meio da parceria com as prefeituras. A necessidade de qualificação do dentista já inserido na ESF é premente, visto que a grande maioria apresenta formação profissional anterior ao processo de reforma curricular, o que exige a demanda por cursos de pós-graduação em Saúde da Família e/ ou Saúde Pública.

Ainda em 2010, Ferreira, Schimith e Cáceres (2010) pesquisaram a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais das equipes de saúde da família dos 31 municípios que compõe a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, coletando dados através da aplicação de questionário. Apresentavam especialização em Saúde da Família 25% dos médicos (n= 36), 61% dos enfermeiros (n= 41) e 36% dos dentistas (n= 22). Os profissionais mostraram menores deficiências com atribuições genéricas, relacionadas a métodos e técnicas básicas de cada área de formação, porém revelaram certas dificuldades tais como a busca de parcerias nas comunidades, estimulação da participação popular na discussão sobre direitos à saúde e o preenchimento de alguns formulários.

A caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho foi abordada no estudo qualitativo de Marqui *et. al.* (2010), aplicando questionários com profissionais e gestores pertencentes a uma Coordenadoria Regional de Saúde do interior do Rio Grande do Sul. A amostra incluiu 49 profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e nutricionistas) de 39 equipes, abrangendo 26 municípios. Quanto à especialização, as principais áreas mencionadas foram Saúde Coletiva (16,7%), Saúde Pública (12,5%) e Administração Hospitalar (8,3%), demonstrando, ainda que seja pela minoria, busca por um aperfeiçoamento do conhecimento com áreas que colaboram para a proposta da ESF.

Importante contribuição foi trazida com a pesquisa quantitativa de Galisa (2011), realizada nos Centros de Saúde do município de Fortaleza (CE). O objetivo foi analisar conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento, usando questionário para coleta dos dados. Constatou que 64,3% dos participantes possuíam pós-graduação em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva. Aproximadamente 10% dos participantes não tinham nenhum tipo de pós-graduação.

Resultados positivos quanto à boa formação profissional foram encontrados no estudo quantitativo de Coelho *et al.* (2011), que objetivou identificar o perfil do Dentista na cidade de Montes Claros (MG). Foi usado questionário semi-estruturado como instrumento para coleta de dados. Dos 94 entrevistados, 57

(60,7%) apresentavam pós-graduação, entretanto a metodologia não investigou a área específica das especializações. Os profissionais entrevistados apresentaram, em sua grande maioria (85,2%), percepção do SUS como princípio norteador das políticas de saúde do SUS. De modo geral, o estudo considerou os dentistas aptos à atual proposta da ESF em virtude de a maioria dos profissionais ter formação acadêmica recente e influenciada pelas novas DCN. Também contribuiu o fato de 75% terem relatado adesão à educação permanente (treinamento em serviço, participação de eventos científicos e uso de fontes múltiplas de atualização) voltada à prática na ESF.

Também na cidade de Montes Claros, Leão e Caldeira (2011) desenvolveram estudo transversal de abordagem quantitativa com objetivo de verificar a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros. Foi utilizado formulário durante as entrevistas com os profissionais para a coleta de dados. Sobre a formação profissional, registrou-se que 20 médicos (46,5%) possuíam a Residência de Medicina de Família e Comunidade e 22 enfermeiros (51,2%) a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. É importante ressaltar a oferta desses cursos através de uma parceria entre Ministério da Saúde, Prefeitura e Universidade de Montes Claros (MG). Verificou-se que as equipes da ESF com profissionais que realizaram os cursos citados apresentaram melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS. Os resultados reafirmam a necessidade de mudanças na formação dos recursos humanos na área da saúde, especificamente para a ESF.

No intuito de analisar as práticas assistenciais integrais nas equipes de saúde da família, Santos *et al.* (2012) realizaram uma pesquisa em 4 grandes centros urbanos (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória). O estudo usou abordagem quantitativa, envolvendo 156 médicos e 209 enfermeiros, que foram entrevistados através de questionários. Em relação à formação em Medicina de Família e Comunidade, 27,5% (n=43) médicos haviam realizado esse curso. Quanto à especialização em Saúde da Família, 43,6% (n=68) dos médicos e 43,5% (n=91) das enfermeiras apresentavam essa qualificação. Entre médicos, a formação em um desses cursos de pós-graduação esteve positivamente associada com realização de atividades de grupo e, de forma contraditória, negativamente associada à realização de visitas domiciliares. Para enfermeiros, não houve correlação entre formação e

desenvolvimento de atividades da ESF. Os resultados inovaram ao buscar associações entre o perfil profissional e a realização das práticas na ESF.

Buscando levantar as necessidades educacionais dos profissionais de saúde da ESF de Fortaleza (CE), Fiúza *et al.* (2012) fizeram estudo descritivo quantitativo com uso de questionário semiestruturado, contando com 375 respondentes, sendo 71 médicos, 182 enfermeiros e 122 dentistas. Sem distinção profissional, observa-se o seguinte quadro em relação à realização de pós-graduação: 42,7% (n=160) realizaram Especialização em Saúde da Família, 3,2% (n=12) Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 2,13% (n=8) Residência em Medicina da Família e Comunidade. Quando questionados sobre a necessidade ou desejo de realização de pós-graduação, houve significativo interesse dos profissionais em realizar cursos voltados à proposta da ESF, com destaque para Mestrado profissional, a Residência Multiprofissional em saúde da família e cursos de 40 horas. A educação permanente fica apontada como um caminho para a melhoria da ESF.

É necessário investir, principalmente, na qualificação do acesso e na formação do profissional da ESF, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área de APS e a instituição de um programa de educação continuada que alcance todos os profissionais (CASTRO *et al.*, 2012). A educação permanente é fundamental para a aproximação do profissional com o SUS e a ESF (VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009).

O perfil dos profissionais de saúde ainda demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re)significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

E, quando o ponto em questão na formação de recursos humanos é a disponibilidade de profissionais para atuar na ESF, observa-se na última década tendência de leve aumento de cobertura de atendimento da ESF pelo País, embora tal cobertura da população com consultas de saúde do SUS ainda possa ser considerada baixa e permaneçam fortes disparidades regionais na utilização de serviços de saúde do SUS. A formação de novos profissionais de saúde e a adesão

desses ao modelo de Atenção Básica deve ser medida ainda estimulada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, realizado com profissionais de saúde das UBS do município de Caucaia. O período de realização da pesquisa foi entre os meses de novembro e dezembro de 2015.

Segundo Aragão (2011), estudos transversais ou de corte transversal são aqueles que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade. Possibilitam o primeiro momento de análise de uma associação. Identificados dentro de uma população os desfechos existentes, podemos elencar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em diferentes graus de associação.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Caucaia, localizado no Estado do Ceará e pertencente à Região metropolitana de Fortaleza. Atualmente, Caucaia apresenta uma população estimada em aproximadamente 349.526 habitantes, em uma área de unidade territorial de 1.228 km², segundo dados do último censo do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no valor de 0,682. A proporção de médicos/1000 habitantes e dentistas/1000 habitantes corresponde, respectivamente, a 1,07 e 0,26 (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2016).

Esse município foi escolhido por apresentar a maior extensão territorial da região metropolitana de Fortaleza e representar o segundo mais populoso do Ceará, ficando atrás apenas da capital. A sua população corresponde a aproximadamente 4% da totalidade do Ceará e, por conta disso, a Atenção Básica apresenta uma boa amostra de equipes da ESF para desenvolvimento da pesquisa. Além disso, coincide com o local de atuação na ESF do pesquisador responsável, possibilitando a vantagem de fornecer ao município dados referentes ao nível de qualificação e formação de seus profissionais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

A Atenção Básica de Caucaia é composta, segundo registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) por 68 equipes da ESF funcionando em 44 UBS, 2 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) (II, álcool e drogas) e 6 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esses serviços de saúde estão distribuídos em 40 bairros divididos em seis secretarias executivas regionais (SER), que são unidades administrativas diretas da Prefeitura responsáveis pela execução dos serviços públicos em cada área (FIGURA 1) (BRASIL, 2015).

As equipes de saúde da família são alocadas nas UBS de acordo com a população que deverá ser atendida por SER. Nessas unidades do município, atuam aproximadamente 149 profissionais de saúde, distribuídos entre médicos, dentistas e enfermeiros, além de outros trabalhadores que compõem a ESF, como agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde bucal (QUADRO 1).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A População do estudo correspondeu ao quadro de profissionais de saúde (Médicos, Dentistas e Enfermeiros) atuantes nas 44 UBS da ESF de Caucaia, definido a partir de levantamento através do CNES. No total, foram 149 profissionais de saúde, divididos em 43 Médicos, 46 Dentistas e 60 enfermeiros, compondo 68 equipes selecionadas (QUADRO 1).

As exigências estabelecidas aos participantes como critérios de inclusão foram:

- Ser Profissional de saúde (Médico, Dentista ou Enfermeiro);
- Atuar na ESF de Caucaia e ter vínculo comprovável (Servidor estatutário ou celetista, profissional contratado ou participante de programas PROVAB/Mais Médicos) no CNES ou na Secretaria Municipal de saúde de Caucaia;

Os critérios de exclusão adotados foram:

- Seleção do profissional para participação de teste-piloto da pesquisa;
- Profissional de saúde que se encontrava em afastamento legal do exercício trabalhista (férias ou licença) no momento da coleta de dados.

Quadro 1 - Nome e Localidade das UBS e respectivos números de equipes de saúde da família e de profissionais de saúde por Secretaria Executiva Regional. Caucaia, Ceará, 2015.

Nome das Unidades Básicas de Saúde e Localidade	UBS	Nº de equipes	Nº de profissionais de saúde			
			MÉDICOS	DENTISTAS	ENFERMEIROS	TOTAL
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL I	5	EQUipes				
UBS TEREZINHA LIMA MOREIRA – PARQUE SOLEDADE		2	1	0	1	2
UBS CENTRO DE ASSISTENCIA DA CRIANÇA – PADRE JÚLIO		2	1	1	2	4
UBS MARIA FIRMINO MESNDES D. COTINHA - CENTRO		2	1	2	2	5
UBS DR. JOAQUIM BRAGA – PLANALTO CAUCAIA		4	3	3	1	7
UBS MARIA DOS PASSOS MATIAS – NOVO PABUSSU		1	1	1	1	3
TOTAL		11	7	7	9	23
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL II	9					
UBS ERNANDO PIRES DE SOUSA - IPARANA		1	1	1	1	3
UBS PEDRO GABRIEL DE OLIVEIRA – PARQUE LEBLON		1	1	1	1	3
UBS MARIA DOS SANTOS MENEZES - ICARAÍ		1	0	1	1	2
UBS CÉLIA NASCIMENTO – ICARAÍ NOVO		1	0	1	1	2
UBS VALDENUZIA MOREIRA - PACHECO		1	0	1	1	2
UBS MARIA HELENA AGUIAR - CUMBUCO		1	2	1	1	4
UBS JOSÉ RODRIGUES DOS SANTOS - TABUBA		3	2	2	2	6
UBS FRANCISCO FERREIRA DA SILVA - ITAMBÉ		2	1	1	1	3
UBS RITA DE CASSIA OLIVEIRA – MESTRE ANTÔNIO		2	1	0	2	3
TOTAL		13	8	9	11	28
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III	7					
UBS TECLA GONZAGA SALES – TABULEIRO GRANDE		2	1	1	1	3
UBS INACIO MONTEIRO GONDIM - CATUANA		1	0	1	1	2
UBS JOÃO MARCOLINO DE OLIVEIRA – SÍTIOS NOVOS		2	0	0	1	1
UBS MARIA FERREIRA DO NASCIMENTO - MATÕES		1	1	1	0	2
UBS ANTONIO BRASILEIRO - PRIMAVERA		1	1	1	1	3
UBS LUIZ COSTA OLIVEIRA - CAPUAN		1	0	1	1	2
UBS JOÃO RODRIGUES DA SILVA – GENIPABU		1	1	1	1	3
TOTAL		9	4	6	6	16
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV	9					
UBS MARIA DE JESUS FERREIRA TORRES - PICUÍ		2	1	2	2	5
UBS ROCILDA OLIVEIRA PONTES – METRÓPOLE		2	1	1	2	4
UBS SERGIO RODRIGUES – NOVA METRÓPOLE		2	1	1	1	3
UBS EDUARDO RAMOS NOGUEIRA - ARIANÓPOLIS		2	1	1	1	3
UBS JULIA PESSOA DE ARAÚJO - MIRAMBÉ		1	0	1	1	2
UBS JOSÉ MARIA MARQUES - CARAUÇANGA		1	1	1	1	3
UBS NILDA MATOS BRITO - TUCUNDUBA		1	1	1	1	3
UBS DR. RENATO BRAGA – BOM PRINCÍPIO		1	1	1	1	3
UBS CENTRO DE SAÚDE DO TOCO – TOCO		1	1	1	1	3
TOTAL		13	8	11	11	30
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V	7					
UBS ANTONIO JANDER PEREIRA MACHADO - ARATURI		3	1	2	2	5
UBS FRANCISCA DE FÁTIMA L DA COSTA - GUADALAJARA		2	1	1	2	4
UBS AMETISTA OLIVEIRA – NOVO GUADALAJARA		1	1	1	2	4
UBS FRANCISCA CARLOTA DE MATOS - JUREMA		1	1	1	1	3
UBS LAR FABIANO DE CRISTO – MARECHAL RONDON		1	1	1	1	3
UBS CIDI – MARECHAL RONDON		1	1	1	1	3
UBS FRANCISCO PAULO PONTES – MARECHAL RONDON		3	1	2	3	6
TOTAL		12	9	9	12	30
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI	7					
UBS DR. FCO. DJALMA SOARES - TABAPUÁZINHO		2	1	1	2	4
UBS AFONSO DE MEDEIROS - TABAPUÁ		1	1	0	1	2
UBS NOVO SÃO MIGUEL – NOVO SÃO MIGUEL		2	1	1	2	4
UBS ASSOC. COMUNITÁRIA – VELHO SÃO MIGUEL		1	1	1	1	3
UBS MARIA DE LOURDES GOMES – PARQUE ALBANO		1	1	0	1	2
UBS EDNIR CARNEIRO GALENO – POTIRA I		2	1	0	2	3
UBS GISELDA MAGALHÃES BEZERRA – POTIRA II		1	1	1	2	4
TOTAL		10	7	4	11	22
TOTAL	44	68	43	46	60	149

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015.

4.4 COLETA DE DADOS

A pesquisa consistiu na aplicação de questionário (Apêndice A) com todos os profissionais de saúde das UBS de Caucaia. Esse instrumento abordou temas sobre formação profissional e capacitação para atuar na ESF.

O questionário da pesquisa foi dividido em três partes:

- Dados de identificação e aspectos sócio-demográficos dos profissionais de saúde;
- Características sobre a formação acadêmica e titulação;
- Informações da vida profissional/ Competências, habilidades e atribuições na ESF.

Para o desenvolvimento do estudo e aplicação do instrumento, buscou-se articulação com a Coordenação da Atenção Básica do município, informando sobre a natureza da pesquisa, bem como foram solicitadas a distribuição e recebimento dos questionários pelas unidades envolvidas. Cada UBS possui uma pasta de ofícios, através da qual ocorre o envio e devolução dos documentos da Atenção Básica entre gestores e profissionais de saúde. A entrega dos questionários seguiu esse modo operacional facilitado pelas pastas das UBS.

Alguns questionários não retornaram através desse modo operacional convencional. Para esses casos específicos, houve visitas diretas na UBS a fim de solicitar pessoalmente ao profissional de saúde o preenchimento a fim de não haver redução do número de participantes. O comparecimento em reuniões periódicas da Secretaria de Saúde com os profissionais da ESF também representou uma estratégia de coleta de dados com participantes.

Inicialmente, foram escolhidos de forma aleatória (sorteio) da população do estudo duas equipes para a aplicação de um teste-piloto. Essas foram eliminadas da pesquisa conforme consta nos critérios de exclusão. Após readequação do questionário a partir das considerações obtidas na fase de teste, o instrumento foi enviado a cada profissional de saúde das UBS incluídas na pesquisa, com respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que deveriam ser respondidos, assinados e devolvidos à Secretaria de Saúde.

4.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para análise descritiva, as variáveis foram classificadas em contínuas/discretas e categóricas (ARANGO, 2009). A definição das contínuas/discretas segue abaixo:

- *Idade*: Número de anos do participante no momento do exame.

- *Tempo decorrido da conclusão do curso de graduação*: Período (em anos) compreendido entre a conclusão do curso de graduação e a data do preenchimento do questionário.

- *Tempo decorrido da conclusão do último curso de pós-graduação*: Período (em anos) compreendido entre a conclusão do último curso de pós-graduação e a data da realização da coleta.

- *Tempo de trabalho na ESF*: Período compreendido entre o início de atuação na ESF e a data do preenchimento do questionário. Considerou todas as experiências de trabalho na ESF, tanto em Caucaia como em municípios anteriores.

- *Nota da graduação para a formação para a ESF*: Nota dos participantes a respeito de sua formação para o modelo da ESF.

As variáveis categóricas utilizadas foram:

- *Gênero*: Definição do participante como homem (masculino) ou mulher (feminino).

- *Grau máximo de titulação*: Curso de maior titulação do participante da pesquisa, considerando a seguinte ordem crescente de hierarquia (graduação, residência, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado).

- *Cursos de pós-graduação*: Classificação dos cursos de pós-graduação dos participantes, enquadrando-os em uma das temáticas propostas pelo questionário.

- *Motivo da escolha de curso de pós-graduação voltado para a ESF*: Representação das principais causas responsáveis pela busca por parte dos participantes de cursos de pós-graduação voltados para a atuação na ESF.

- *Razões para o trabalho na ESF*: Representação das principais causas para atuação dos participantes na ESF.

- *Contribuição para a educação permanente dos profissionais de saúde*: Alternativas apresentadas pelos participantes para a melhora da educação permanente na ESF.

- *Cumprimento das atribuições profissionais específicas*: Cumprimento das atribuições específicas pelos profissionais conforme preconiza a PNAB. Este documento detalha para cada membro da equipe da ESF tanto as atribuições comuns quanto específicas. Para cada categoria profissional, há a listagem das

tarefas que devem ser desempenhadas dentro da sua área do conhecimento científico. A Odontologia estipula 8 atribuições específicas, o maior número dentre as três profissões. A categoria médica e a de Enfermagem apresentam, respectivamente, 7 e 6 atribuições segundo a PNAB.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados no banco de dados Epidata® 3.1 e analisados no pacote estatístico STATA® 12.0. Para as variáveis contínuas/discretas, foram empregadas medidas de tendência central (média, mediana, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio-padrão). Para as categóricas foram realizadas estatísticas descritivas simples (proporção). Os dois tipos de variáveis foram avaliadas de acordo com os seguintes parâmetros: categoria profissional, cumprimento de todas as atribuições específicas da PNAB e cumprimento de 60-70% das atribuições específicas da PNAB.

No intuito de investigar a hipótese se profissionais de saúde com cursos voltados para a ESF apresentam ou não um melhor cumprimento das atribuições específicas da PNAB, realizou-se a análise bivariada. Esta ocorreu através dos testes estatísticos Qui-quadrado e de Fisher entre o cumprimento das atribuições específicas pelos profissionais de saúde (variável dependente) e a qualificação com cursos de pós-graduação em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva (variável independente).

A análise bivariada considerou duas situações: Na primeira, o teste estatístico dividiu os profissionais de saúde que seguem todas as atribuições específicas daqueles que não as realizam em sua totalidade, sendo usado nesse caso o teste de Fisher. Na segunda, a divisão dos profissionais de saúde considerou uma margem de 60-70% para o cumprimento das atribuições específicas para segregá-los, utilizando agora o teste do Qui-quadrado. Para análise estatística, os parâmetros utilizados foram intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Nas duas situações, os testes estatísticos também foram aplicados entre o cumprimento das atribuições específicas e as variáveis categóricas buscando associações significativas (valor de $p < 0,05$).

Os dados da pesquisa foram exibidos em tabelas e gráficos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o Parecer Consubstanciado de número 1.292.629 de 22 de outubro de 2015.

Aos participantes da pesquisa, foi garantido o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência, bem como o direito ao anonimato e sua autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo, podendo desistir a qualquer momento. Todos foram informados dos objetivos do estudo e da justificativa mediante apresentação do TCLE.

5. RESULTADOS

Dos 149 questionários enviados aos profissionais, 20,1% (30) foram excluídos da pesquisa, sendo 22 recusas e 8 profissionais que não participaram por estarem de férias ou licença no período da coleta de dados. Dessa forma, 119 profissionais de saúde representaram o número final de participantes da pesquisa.

5.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Dos 119 profissionais de saúde, 42% (50) eram enfermeiros, 37% (44) dentistas e 21% (25) médicos. Verificou-se predominância do gênero feminino entre os profissionais de saúde, sendo 73,1% (87) mulheres e 26,9% (32) homens (TABELA 1).

Em relação à idade, a média do estudo foi de 35 anos, variando entre 23 e 71 anos, ocorrendo pouca diferença quando se comparam as médias por profissão (TABELA 2).

5.2 CARACTERÍSTICAS DA FORMAÇÃO ACADÊMICA E TITULAÇÃO

A variação do término da graduação abrangeu o período que compreende os anos de 1970 (mínimo) e 2014 (máximo). A média do tempo decorrido do ano de conclusão da graduação foi de 9,7 anos, correspondendo ao ano de 2005. As médias do ano de término da graduação por profissão apresentaram valores próximos, sendo a categoria médica aquela que apresenta formação mais recente, seguida pelos enfermeiros e depois pelos dentistas (TABELA 2). Porém, a mediana demonstrou uma diferença considerável na dispersão desses dados entre as profissões, evidenciando que os médicos apresentaram uma tendência de serem recém-formados (GRÁFICO 1).

No estudo, verificou-se que 11,8% (14) dos profissionais concluíram seu curso de graduação até 1994, ano de criação do PSF, sendo 4 médicos, 7 dentistas e 3 enfermeiros.

Dos 119 profissionais, 92,4% (110) realizaram algum curso de pós-graduação, seja *lato sensu* ou *stricto sensu*, enquanto 7,6% (9) ainda eram somente graduados (TABELA 1). A variação do término da última pós-graduação abrangeu o período que compreende os anos de 1993 (mínimo) e 2015 (máximo). A média do tempo decorrido do ano de conclusão deste curso foi de 4,6 anos, correspondendo

ao ano de 2010 (TABELA 2). A mediana por categoria profissional possibilitou observar a dispersão do tempo decorrido da última pós-graduação, evidenciando que os médicos realizaram-na mais recente, enquanto os enfermeiros foram os que concluíram a última pós-graduação há mais tempo (GRÁFICO 2).

O estudo detalhou a divisão dos profissionais por grau máximo de titulação (graduação, especialização, residência, mestrado acadêmico, mestrado profissional, doutorado e pós-doutorado). Percebeu-se predomínio de realização dos cursos de especialização, contabilizando 83,2% (99) como especialistas, correspondendo a 88% (44) dos enfermeiros, 86,3% (38) dos dentistas e 68% (17) dos médicos. Os cursos de pós-graduação *stricto sensu* apresentaram poucos representantes entre os profissionais de saúde, totalizando apenas 7,6% (9) como mestres e/ou pós-doutores, composto por 11,3% (5) dos dentistas e 8% (4) dos enfermeiros. A opção “doutorado” como grau máximo de titulação não apresentou representante. Nenhum médico relatou ter concluído curso *stricto sensu* (TABELA 1).

Quanto à classificação dos cursos de pós-graduação realizados, verificou-se que 50,4% (60) dos profissionais possuem especialização em Saúde da Família, enquanto 7,6% (9) apresentam em Saúde Pública e 4,2% (5) em Saúde Coletiva (TABELA 1).

Quando se considerou o número de participantes que apresentavam pelo menos um desses três cursos, representando aqueles com formação voltada ao modelo da ESF, constataram-se 54,6% (65) do total dos profissionais. Desses, observou-se a busca por 68% dos médicos (17), 60% (30) dos enfermeiros e, em menor proporção, por 40,9% (18) dentistas (GRÁFICO 3).

O questionamento quanto à realização dos cursos em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva mostrou que 61,5% (40) dos profissionais que possuem essa qualificação consideram a melhoria da prática profissional como a principal motivação pela busca. Os resultados por categoria profissional evidenciaram que apenas os médicos, em sua maioria (70,6%), definiram a obrigatoriedade por programas governamentais como o motivo mais importante para participação nesses cursos (GRÁFICO 3).

Os cursos de pós-graduação voltados para especialidades clínicas também tiveram grande destaque, verificando-se que 49,6% (59) dos profissionais

possuem essa qualificação. Nesse caso, a classe odontológica, representada por 75% (33) dos dentistas, colaborou para a elevada estatística desse tipo de curso, sendo os demais representados por 40% (20) dos enfermeiros e 24% (6) dos médicos. Os cursos de Auditoria/Gestão em saúde corresponderam ao terceiro tipo mais apresentado, contabilizando 11,8% (14) dos profissionais. Em seguida, 10,1% (12) dos participantes escolheram a opção “outros”, para a qual foram citadas pós-graduações diversas, como: Medicina/ Enfermagem/ Odontologia do trabalho, Ensino na Saúde, Ciências básicas (microbiologia laboratorial) e Promoção da saúde na Enfermagem (TABELA 1).

Tabela 1 - Relação das variáveis categóricas por categoria profissional: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016.

Variáveis	Categoria Profissional			Total (N=119) n (%)
	Médicos (N=25) n (%)	Dentistas (N=44) n (%)	Enfermeiros (N=50) n (%)	
Gênero				
Masculino	12 (48,0)	17 (38,6)	3 (6,0)	32 (26,9)
Feminino	13 (52,0)	27 (61,4)	47 (94,0)	87 (73,1)
Grau máximo de titulação				
Graduação	6 (24,0)	1 (2,3)	2 (4,0)	9 (7,6)
Especialização	17 (68,0)	38 (86,3)	44 (88,0)	99 (83,2)
Residência	2 (8,0)	-	-	2 (1,7)
Mestrado Acadêmico	-	2 (4,5)	3 (6,0)	5 (4,2)
Mestrado Profissional	-	2 (4,5)	1 (2,0)	3 (2,5)
Doutorado	-	-	-	-
Pós-Doutorado	-	1 (2,3)	-	1 (0,8)
Cursos de pós-graduação				
Saúde da família	17 (68,0)	15 (34,1)	28 (56,0)	60 (50,4)
Saúde Pública	1 (4,0)	3 (6,8)	5 (10,0)	9 (7,6)
Saúde Coletiva	-	2 (4,5)	3 (6,0)	5 (4,2)
Especialidades clínicas	6 (24,0)	33 (75,0)	20 (40,0)	59 (49,6)
Auditoria, Gestão em Saúde	-	9 (20,4)	5 (10,0)	14 (11,8)
Marketing em Saúde	-	-	-	-
Economia ou MBA em Saúde	-	-	-	-
Curso não relacionado à saúde	-	-	1 (2,0)	1 (0,8)
Outros	2 (8,0)	2 (4,5)	8 (16,0)	12 (10,1)
Vínculo				
Concurso público (Estatutário)	4 (16,0)	41 (93,1)	44 (88,0)	89 (74,8)
Processo seletivo (Celetista)	-	3 (6,8)	-	3 (2,5)
Contrato de tempo determinado	1 (4,0)	-	6 (12,0)	7 (5,9)
Bolsista Provat	-	-	-	-
Bolsista Mais Médicos	20 (80,0)	-	-	20 (16,8)
Razões para trabalho na ESF				
Identificação com o modelo sanitário	8 (32,0)	20 (45,4)	45 (90,0)	73 (61,3)
Falta de outra oportunidade no mercado de trabalho	-	6 (13,6)	2 (4,0)	8 (6,7)
Bonificação para prova de títulos de residência ou concursos públicos	14 (56,0)	2 (4,5)	1 (2,0)	17 (14,3)
Necessidade financeira	14 (56,0)	24 (54,5)	40 (80,0)	48 (40,3)
Estabilidade	-	5 (11,4)	3 (6,0)	8 (6,7)

Tabela 1 - Relação das variáveis categóricas por categoria profissional: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016. **(continuação)**

Variáveis	Categoria Profissional			Total (N=119) n (%)
	Médicos (N=25) n (%)	Dentistas (N=44) n (%)	Enfermeiros (N=50) n (%)	
Fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF				
Disciplinas da graduação	17 (68,0)	22 (50,0)	40 (80,0)	79 (66,4)
Estágios nos serviços de saúde	19 (76,0)	26 (59,1)	33 (66,0)	78 (65,5)
Projetos de extensão, pesquisa ou monitoria	5 (20,0)	13 (29,5)	4 (8,0)	22 (18,5)
Manuais, Cadernos e Portarias da Atenção Básica	12 (48,0)	13 (29,5)	29 (58,0)	54 (45,4)
Cursos de pós-graduação	7 (28,0)	16 (36,4)	17 (34,0)	40 (33,6)
Outros	2 (8,0)	3 (6,8)	1 (2,0)	6 (5,0)
Sugestões para educação permanente profissional				
Cursos de pós-graduação	11 (44,0)	18 (40,9)	23 (46,0)	52 (43,7)
Educação à distância (EAD)	12 (48,0)	18 (40,9)	18 (36,0)	48 (40,3)
Cursos de curta duração (40horas/atualização/aperfeiçoamento)	17 (68,0)	37 (84,1)	38 (76,0)	92 (77,3)
Capacitação para acesso às bases de dados e periódicos	5 (20,0)	13 (29,5)	10 (20,0)	28 (23,5)
Participação em eventos científicos	8 (32,0)	16 (36,4)	22 (44,0)	46 (38,7)
Não há necessidade de Capacitação	-	-	-	-

Tabela 2 - Relação das variáveis contínuas/discretas por categoria profissional: idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da última pós-graduação, tempo de trabalho na ESF, nota atribuída à graduação para a ESF. Caucaia, Ceará, 2016.

Variável	Médicos (N=25)			Dentistas (N=44)			Enfermeiros (N=50)			Total (N=119)		
	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx
Idade	34,4 ±11,3	30	25 71	35,0 ±7,0	33	28 55	35,2 ±8,1	33	23 65	35,0 ±8,5	32	23 71
Tempo de conclusão da graduação (em anos)	7,8 ±10,7	3	2 45	11,1 ±6,4	9	4 27	9,3 ±6,0	8	1 34	9,7 ±7,4	8	1 45
Tempo de conclusão da última pós-graduação (em anos)	4,0 ±6,5	1	0 20	4,9 ±5,2	3	0 22	4,5 ±3,9	4	0 15	4,6 ±4,9	3	0 22
Tempo de trabalho na ESF (em anos)	5,2 ±5,0	3	1 15	6,8 ±2,5	7	1 12	6,2 ±4,0	5	1 15	6,2 ±3,8	5	1 15
Nota atribuída à graduação para a formação para ESF	8,0 ±1,9	8	5 10	7,1 ±1,7	7	3 10	8,2 ±1,3	8	5 10	7,8 ±1,6	8	3 10

M= Média / D= Desvio Padrão / Md= Mediana/ Mn= Valor mínimo/ Mx= Valor máximo

Gráfico 1 - Tempo decorrido de conclusão do curso de graduação por categoria profissional (em anos) (N=119). Caucaia, Ceará, 2016.

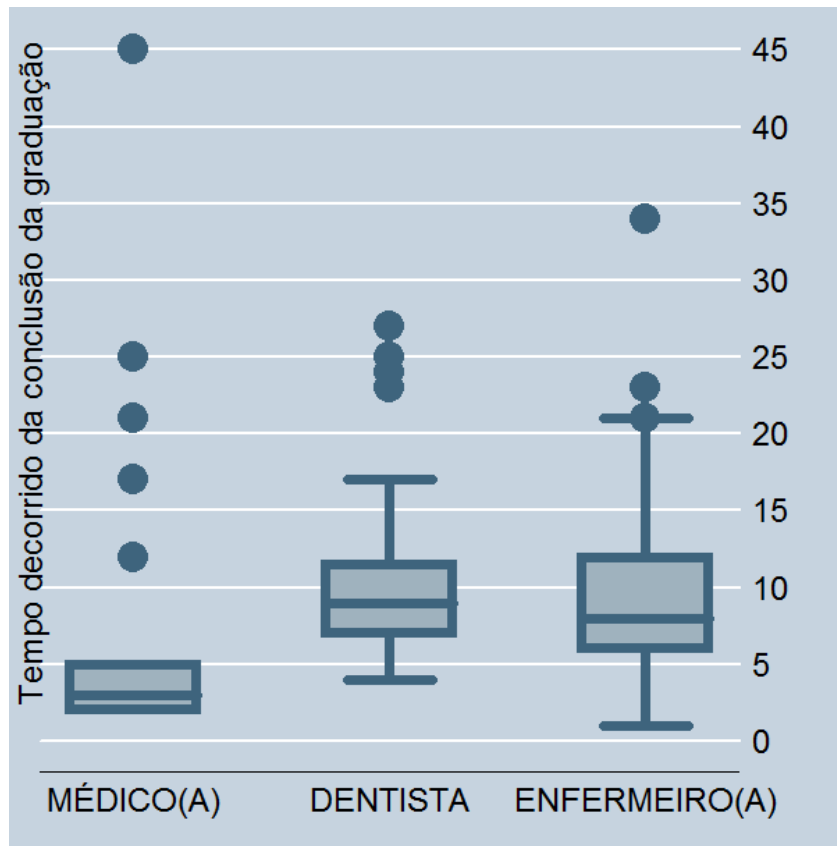


Gráfico 2 - Tempo decorrido de conclusão do último curso de pós-graduação por categoria profissional (em anos) (N=119). Caucaia, Ceará, 2016.

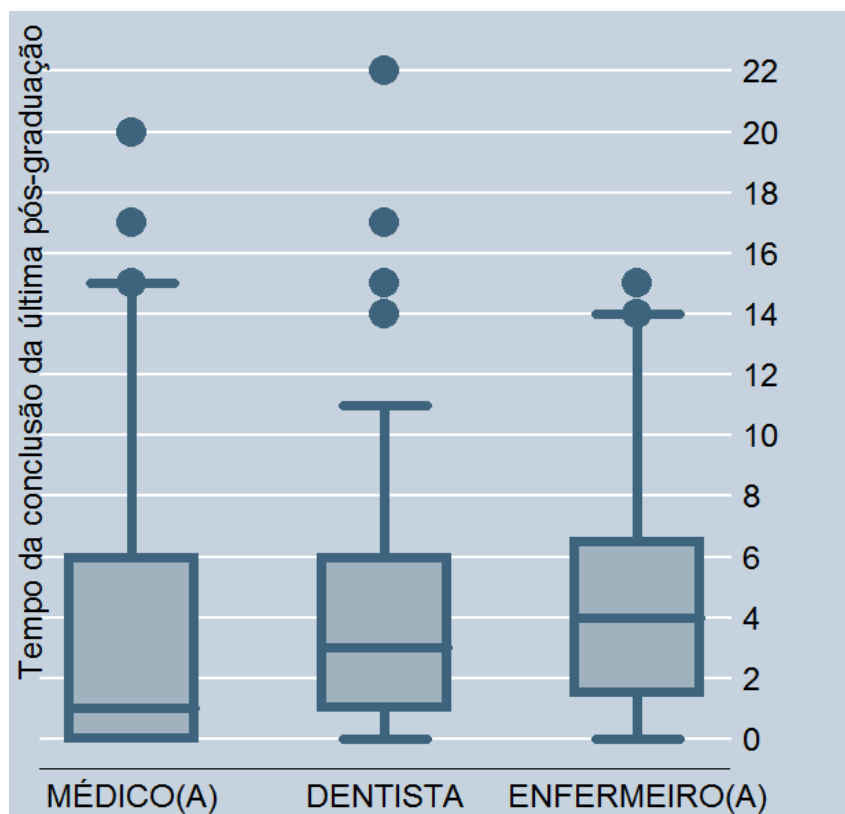
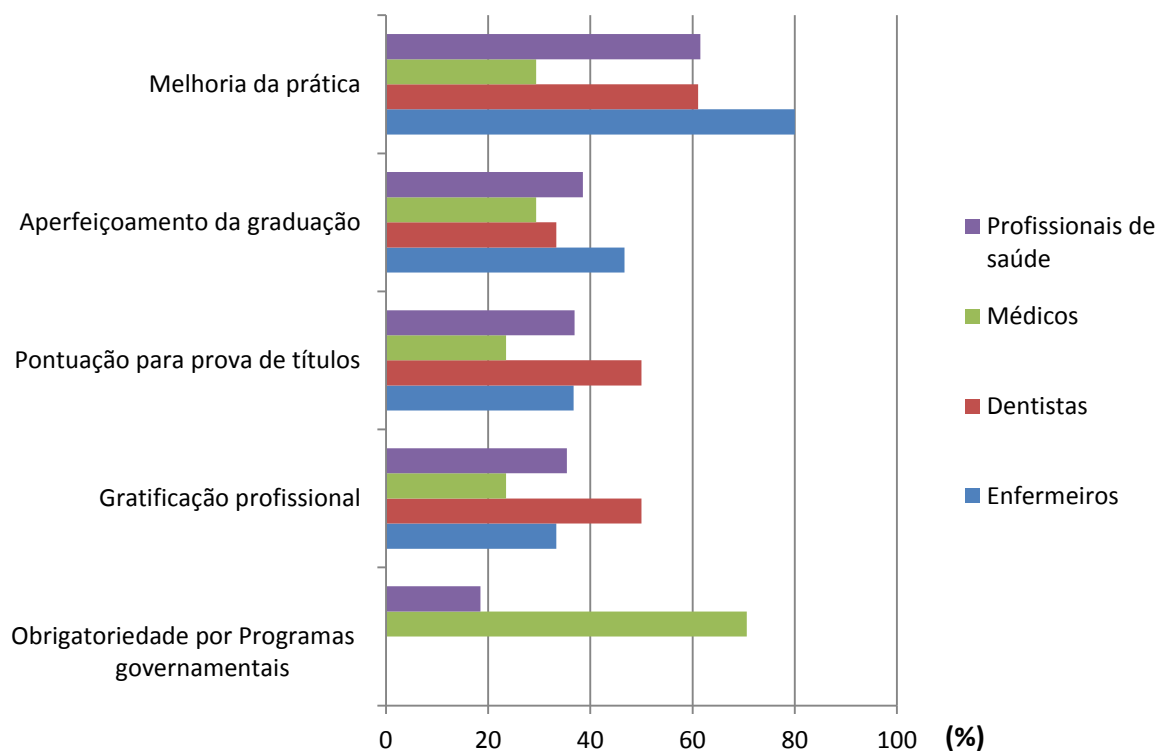


Gráfico 3 - Motivos da realização dos cursos de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva pelos profissionais de saúde (N=65). Caucaia, Ceará, 2016.



5.3 INFORMAÇÕES DA VIDA PROFISSIONAL / COMPETÊNCIAS, HABILIDADES E ATRIBUIÇÕES NA ESF

O tempo médio de trabalho na ESF foi de 6,2 anos, com variação de 1(mínimo) a 15 (máximo) anos. Os dentistas apresentaram a maior média (6,8 anos), enquanto os médicos a menor (5,2 anos) (TABELA 2).

Os profissionais também foram classificados quanto ao vínculo de trabalho estabelecido com a Prefeitura municipal de Caucaia. Concurso público foi a forma que apresentou o maior percentual, contando com 74,8% (89) dos profissionais, seguida pela classificação “Bolsista Mais Médicos” com 16,8% (20) dos participantes. Os vínculos “contrato por tempo determinado” e “processo seletivo (celetista)” apresentaram, respectivamente, 5,9% (7) e 2,5% (3) dos profissionais. O item “Bolsista Provat” não foi assinalado no questionário (TABELA 1).

Convém ressaltar que, quando se analisaram os vínculos trabalhistas separadamente por profissão, encontraram-se grandes discrepâncias. A Odontologia e a Enfermagem demonstraram forte relação com o concurso público, observando-se 93,1% (41) dos dentistas e 88% (44) dos enfermeiros nessa classificação. No caso da categoria médica, verificaram-se 80% (20) dos profissionais como bolsistas do Programa Mais Médicos, enquanto apenas 16% (4) eram concursados (TABELA 1).

Outro questionamento tratado com os profissionais de saúde foi sobre as razões que os levavam a trabalhar na ESF. A “identificação com o modelo sanitário” e a “necessidade financeira” foram os principais motivos apresentados, tendo sido escolhidos, respectivamente, por 61,3% (73) e 40,3% (48) dos participantes. A avaliação separada por categoria mostrou que a maioria dos médicos considerou como as duas principais razões a “bonificação para prova de títulos” e a “necessidade financeira”, enquanto as respostas de dentistas e enfermeiros coincidiram com os dados gerais. As alternativas “falta de outra oportunidade no mercado de trabalho” e “estabilidade” foram pouco escolhidas pelos participantes (TABELA 1).

A variável “nota atribuída à graduação para formação para a ESF” apresentou uma média de 7,8, trazendo uma variação de 3 (mínimo) a 10 (máximo). Na avaliação dos valores das médias por profissão, a Enfermagem apresentou a melhor nota (8,2), e a Odontologia a pior (7,1) (TABELA 2).

Dentre os fatores que contribuíram para a formação e atuação na ESF, “Disciplinas da graduação” e “Estágios nos serviços de saúde” foram considerados os de maior impacto por 66,4% (79) e 65,5% (78) dos profissionais. “Manuais, cadernos e portarias da atenção básica” representou o terceiro fator mais escolhido, seguido por “Cursos de pós-graduação” e “Projetos de extensão, pesquisa ou monitoria”. (TABELA 1).

O estudo também obteve dos profissionais de saúde sugestões para educação permanente na ESF. “Cursos de curta duração (40 horas/ atualização/ aperfeiçoamento)” foi considerada a estratégia educacional preferida, tendo sido escolhida por 77,3% (92) dos pesquisados, representado por 84,1% (37) dos dentistas, 76% (38) dos enfermeiros e 68% (17) dos médicos. “Cursos de pós-graduação”, “Educação à distância” e “Participação em eventos científicos” tiveram expressividade como alternativas secundárias, representando a escolha, na ordem, de 43,7% (52), 40,3% (48) e 38,7% (46) dos profissionais de saúde. “Capacitação para acesso à base de dados e periódicos” foi a opção menos sugerida, contando com apenas 23,5% (28) dos participantes. Nenhum profissional de saúde considerou que não há necessidade de educação permanente na ESF (TABELA 1).

Para avaliação do cumprimento das atribuições dos profissionais de saúde na ESF, o questionário abordou as atribuições específicas listadas no Manual da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012). Os dados foram organizados por categoria profissional e para cada atribuição. Para a categoria médica e de enfermagem, observou-se que todas as atribuições foram cumpridas pela maioria dos profissionais, com destaque para algumas desempenhadas pela totalidade dos participantes. Em contrapartida, a categoria odontológica não apresentou nenhuma atribuição cumprida pela totalidade dos dentistas, verificando-se inclusive que algumas foram desempenhadas pela minoria dos profissionais (TABELA 3).

Os resultados para as variáveis categóricas e contínuas/discretas, demonstrados por categoria profissional, também foram organizados segundo o cumprimento das atribuições específicas da PNAB, tanto para os profissionais que as cumprem em sua totalidade (TABELAS 4 E 5) como para aqueles que seguem 60-70% das atribuições (TABELAS 6 e 7).

Dos 119 profissionais, 61,3% (73) não cumpriam todas as atribuições específicas, enquanto 38,7% (46) as respeitavam em sua totalidade. Os profissionais que cumpriam todas as atribuições específicas apresentaram a seguinte predominância para as variáveis categóricas: gênero feminino, especialistas (principalmente em Saúde da Família), concursados e profissionais que consideram a identificação com o modelo sanitário a principal razão para trabalho na ESF (TABELA 4).

Para as variáveis contínuas/discretas, foi observado que os profissionais que cumpriam todas as atribuições específicas demonstraram as seguintes médias: idade de 37,1 anos, tempo decorrido de conclusão da graduação de 11,1 anos, tempo decorrido de conclusão da pós-graduação de 5,6 anos, tempo de trabalho na ESF de 7 anos e nota atribuída à graduação para a formação para ESF de 8,3 (TABELA 5).

Da totalidade dos profissionais, 62,2% (74) cumpriam de 60-70% das atribuições específicas, enquanto 37,8% (45) respeitavam menos que esse índice considerado. Os profissionais que cumpriam de 60-70% das atribuições específicas apresentaram a seguinte predominância para as variáveis categóricas: gênero feminino, especialistas (principalmente em Saúde da Família), concursados e profissionais que consideram a identificação com o modelo sanitário a principal razão para trabalho na ESF (TABELA 6).

Para as variáveis contínuas/discretas, foi observado que os profissionais que cumpriam de 60-70% das atribuições específicas demonstraram as seguintes médias: idade de 36,2 anos, tempo decorrido de conclusão da graduação de 10,7 anos, tempo decorrido de conclusão da pós-graduação de 5,4 anos, tempo de trabalho na ESF de 6,9 anos e nota atribuída à graduação para a formação para ESF de 7,9 (TABELA 7).

A análise bivariada constatou que profissionais de saúde com cursos de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva não demonstraram maior cumprimento das atribuições específicas da PNAB quando comparados àqueles que não apresentavam esses cursos de pós-graduação (TABELAS 4 E 6).

Na primeira análise, observou-se que 60,9% (28) dos 46 profissionais que cumpriam todas as atribuições específicas possuíam curso de Saúde da Família,

Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva. Dos 73 profissionais que não cumpriam todas as atribuições, 50,7% (37) realizaram pelo menos um desses três cursos. Através do teste de Fisher, não se obteve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,345$) para a hipótese (TABELA 4).

Na segunda análise, verificou-se que 56,8% (42) dos 74 profissionais que cumpriam de 60-70% das atribuições específicas possuíam curso de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva. Dos 45 profissionais que não cumpriam de 60-70% das atribuições, 51,1% (23) realizaram pelo menos uma dessas três pós-graduações. Neste caso, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado, e o valor também se mostrou estatisticamente insignificante ($p=0,549$) (TABELA 6).

Tabela 3 - Cumprimento das atribuições específicas da PNAB por categoria profissional. Caucaia, Ceará, 2016.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Profissionais que cumprem (N=) (%)
MÉDICOS	
Atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade.	25 (100)
Consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.)	22 (88)
Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.	25 (100)
Encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles.	25 (100)
Indicação, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, da necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário.	23 (92)
Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe.	15 (60)
Participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.	14 (56)
DENTISTAS	
Diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.	15 (34)
Atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade.	34 (77,3)
Procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e/ou procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.	42 (95,4)
Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.	40 (90,9)
Coordenação e participação de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.	39 (88,6)
Acompanhamento, apoio e desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.	20 (45,4)
Supervisão técnica do técnico em saúde bucal e/ou auxiliar em saúde bucal.	37 (84,1)
Participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.	30 (68,2)
ENFERMEIROS	
Atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.	48 (96)
Consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou normativas técnicas observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços.	50 (100)
Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.	50 (100)
Planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe.	46(92)
Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe.	34 (68)
Participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.	44 (88)

Tabela 4 - Relação das variáveis categóricas por cumprimento de todas as atribuições específicas da PNAB: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016.

Variáveis	Profissionais que cumprem todas as atribuições específicas da PNAB		Total (N=119) n (%)	Valor de p
	SIM (N=46) n(%)	NÃO (N=73) n(%)		
Gênero				0,672*
Masculino	11(23,9)	21 (28,8)	32 (26,9)	
Feminino	35 (76,1)	52 (71,2)	87 (73,1)	
Grau máximo de titulação				0,905*
Graduação	5 (10,9)	4 (5,5)	9 (7,6)	
Especialização	38 (82,6)	61 (83,6)	99 (83,2)	
Residência	-	2 (2,7)	2 (1,7)	
Mestrado Acadêmico	2 (4,3)	3 (4,1)	5 (4,2)	
Mestrado Profissional	1 (2,2)	2 (2,7)	3 (2,5)	
Doutorado	-	-	-	
Pós-Doutorado	-	1 (1,4)	1 (0,8)	
Cursos de pós-graduação				
Saúde da família	26 (56,5)	34 (46,6)	60 (50,4)	0,291**
Saúde Pública	5 (10,9)	4 (5,5)	9 (7,6)	0,305*
Saúde Coletiva	3 (6,5)	2 (2,7)	5 (4,2)	0,373*
Especialidades clínicas	17 (37,0)	42 (57,5)	59 (49,6)	0,038*
Auditoria, Gestão em Saúde	5 (10,9)	9 (12,3)	14 (11,8)	1,0*
Marketing em Saúde	-	-	-	-
Economia ou MBA em Saúde	-	-	-	-
Curso não relacionado à saúde	-	1 (1,3)	1 (0,8)	1,0*
Outros	5 (10,9)	7 (9,6)	12 (10,1)	1,0*
Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva	28 (60,9)	37 (50,7)	65 (54,6)	0,345*
Vínculo				0,309*
Concurso público (Estatutário)	32 (70,0)	57 (78,1)	89 (74,8)	
Processo seletivo (Celetista)	1 (2,2)	2 (2,7)	3 (2,5)	
Contrato de tempo determinado	5 (10,9)	2 (2,7)	7 (5,9)	
Bolsista Provat	-	-	-	
Bolsista Mais Médicos	8 (17,4)	12 (16,4)	20 (16,8)	
Razões para trabalho na ESF				
Identificação com o modelo sanitário	36 (78,3)	37 (50,7)	73 (61,3)	0,004*
Falta de outra oportunidade no mercado de trabalho	-	8 (11,0)	8 (6,7)	0,022*
Bonificação para prova de títulos de residência ou concursos públicos	4 (8,7)	13 (17,8)	17 (14,3)	0,191*
Necessidade financeira	15 (32,6)	33 (45,2)	48 (40,3)	0,186*
Estabilidade	3 (6,5)	5 (6,8)	8 (6,7)	1,0*

* Teste de Fisher bicaudal

** Teste de Qui-quadrado

Tabela 4 - Relação das variáveis categóricas por cumprimento de todas as atribuições específicas da PNAB: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016. **(continuação)**

Variáveis	Profissionais que cumprem todas as atribuições específicas da PNAB		Total (N=119) n (%)	Valor de p
	SIM (N=46) n (%)	NÃO (N=73) n(%)		
Fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF				
Disciplinas da graduação	36 (78,3)	43 (58,9)	79 (66,4)	0,046*
Estágios nos serviços de saúde	33 (71,7)	45 (61,6)	78 (65,5)	0,323*
Projetos de extensão, pesquisa ou monitoria	7 (15,2)	15 (20,5)	22 (18,5)	0,629*
Manuais, Cadernos e Portarias da Atenção Básica	24 (52,2)	30 (41,1)	54 (45,4)	0,237**
Cursos de pós-graduação	16 (34,8)	24 (32,9)	40 (33,6)	0,844*
Outros	3 (6,5)	3 (4,1)	6 (5,0)	0,675*
Sugestões para educação permanente profissional				
Cursos de pós-graduação	25 (54,3)	27 (37,0)	52 (43,7)	0,063**
Educação à distância (EAD)	20 (43,5)	28 (38,4)	48 (40,3)	0,579**
Cursos de curta duração (40horas/atualização/aperfeiçoamento)	33 (71,7)	59 (80,8)	92 (77,3)	0,268*
Capacitação para acesso às bases de dados e periódicos	9 (19,6)	19 (26,0)	28 (23,5)	0,508*
Participação em eventos científicos	21 (45,6)	25 (34,2)	46 (38,7)	0,213**
Não há necessidade de Capacitação	-	-	-	-
* Teste de Fisher bicaudal				
** Teste de Qui-quadrado				

Tabela 5 - Relação das variáveis contínuas/discretas por cumprimento de todas as atribuições específicas da PNAB: idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da última pós-graduação, tempo de trabalho na ESF, nota atribuída à graduação para a formação para a ESF. Caucaia, Ceará, 2016.

Variáveis	Profissionais que cumprem todas as atribuições específicas da PNAB						Total (N=119)		
	SIM (N=46)			NÃO (N=73)					
	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx
Idade	37,1 (±10,5)	34	23 71	33,6 (±6,6)	32	24 55	35,0 ±8,5	32	23 71
Tempo de conclusão da graduação (em anos)	11,1 (±9,4)	8	1 45	8,8 (±5,7)	8	2 25	9,7 ±7,4	8	1 45
Tempo de conclusão da última pós-graduação (em anos)	5,6 (±5,4)	4,5	0 20	3,9 (±4,5)	3	0 22	4,6 ±4,9	3	0 22
Tempo de trabalho na ESF (em anos)	7 (±4,5)	5	1 15	5,8 (±3,2)	5	1 15	6,2 ±3,8	5	1 15
Nota atribuída à graduação para a formação para ESF	8,3 (±1,5)	8,5	5 10	7,4 (±1,6)	8	3 10	7,8 ±1,6	8	3 10

M= Média / D= Desvio Padrão / Md= Mediana/ Mn= Valor mínimo/ Mx= Valor máximo

Tabela 6 - Relação das variáveis categóricas por cumprimento de 60-70% das atribuições específicas da PNAB: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016.

Variáveis	Profissionais que cumprem todas as atribuições específicas da PNAB		Total (N=119) n (%)	Valor de p
	SIM (N=74) n(%)	NÃO (N=45) n(%)		
Gênero				1,0*
Masculino	20 (27,0)	12 (26,7)	32 (26,9)	
Feminino	64 (73,0)	33 (73,3)	87 (73,1)	
Grau máximo de titulação				0,921*
Graduação	6 (8,1)	3 (6,7)	9 (7,6)	
Especialização	61 (82,4)	38 (84,4)	99 (83,2)	
Residência	2 (2,7)	-	2 (1,7)	
Mestrado Acadêmico	3 (4,0)	2 (4,4)	5 (4,2)	
Mestrado Profissional	1 (1,4)	2 (4,4)	3 (2,5)	
Doutorado	-	-	-	
Pós-Doutorado	1 (1,4)	-	1 (0,8)	
Cursos de pós-graduação				
Saúde da família	37 (50,0)	23 (51,1)	60 (50,4)	0,906**
Saúde Pública	7 (9,5)	2 (4,4)	9 (7,6)	0,480*
Saúde Coletiva	4 (5,4)	1 (2,2)	5 (4,2)	0,649*
Especialidades clínicas	34 (46,0)	25 (55,6)	59 (49,6)	0,309**
Auditoria, Gestão em Saúde	10 (13,5)	4 (8,9)	14 (11,8)	0,564*
Marketing em Saúde	-	-	-	-
Economia ou MBA em Saúde	-	-	-	-
Curso não relacionado à saúde	-	1 (2,2)	1 (0,8)	0,378*
Outros	6 (8,1)	6 (13,3)	12 (10,1)	0,366*
Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva	42 (56,8)	23 (51,1)	65 (54,6)	0,549**
Vínculo				0,706*
Concurso público (Estatutário)	54 (73,0)	35 (77,8)	89 (74,8)	
Processo seletivo (Celetista)	3 (4,1)	-	3 (2,5)	
Contrato de tempo determinado	5 (6,8)	2 (4,4)	7 (5,9)	
Bolsista Proav	-	-	-	
Bolsista Mais Médicos	12 (16,2)	8 (17,8)	20 (16,8)	
Razões para trabalho na ESF				
Identificação com o modelo sanitário	53 (71,6)	20 (44,4)	73 (61,3)	0,003**
Falta de outra oportunidade no mercado de trabalho	4 (5,4)	4 (8,9)	8 (6,7)	0,475*
Bonificação para prova de títulos de residência ou concursos públicos	8 (10,8)	9 (20,0)	17 (14,3)	0,185*
Necessidade financeira	28 (37,8)	20 (44,4)	48 (40,3)	0,476**
Estabilidade	6 (8,1)	2 (4,4)	8 (6,7)	0,709*

* Teste de Fisher bicaudal

** Teste de Qui-quadrado

Tabela 6 - Relação das variáveis categóricas por cumprimento de 60-70% das atribuições específicas da PNAB: gênero, grau máximo de titulação, cursos de pós-graduação, vínculo, razões para trabalho na ESF, fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF, sugestões para educação permanente profissional. Caucaia, Ceará, 2016. **(continuação)**

Variáveis	Profissionais que cumprem todas as atribuições específicas da PNAB		Total (N=119) n (%)	Valor de p
	SIM (N=74) n (%)	NÃO (N=45) n(%)		
Fatores que contribuíram para formação e atuação na ESF				
Disciplinas da graduação	50 (67,6)	29 (64,4)	79 (66,4)	0,842*
Estágios nos serviços de saúde	51 (68,9)	27 (60,0)	78 (65,5)	0,329*
Projetos de extensão, pesquisa ou monitoria	13 (17,6)	9 (20,0)	22 (18,5)	0,809*
Manuais, Cadernos e Portarias da Atenção Básica	35 (47,3)	19 (42,2)	54 (45,4)	0,705*
Cursos de pós-graduação	28 (37,8)	12 (26,7)	40 (33,6)	0,235*
Outros	4 (5,4)	2 (4,4)	6 (5,0)	1,0 *
Sugestões para educação permanente profissional				
Cursos de pós-graduação	36 (48,7)	16 (35,6)	52 (43,7)	0,186*
Educação à distância (EAD)	28 (37,8)	20 (44,4)	48 (40,3)	0,476**
Cursos de curta duração (40horas/atualização/aperfeiçoamento)	57 (77,0)	35 (77,8)	92 (77,3)	1,0*
Capacitação para acesso às bases de dados e periódicos	18 (24,3)	10 (22,2)	28 (23,5)	0,828*
Participação em eventos científicos	29 (39,2)	17 (37,8)	46 (38,7)	1.0*
Não há necessidade de capacitação	-	-	-	-
* Teste de Fisher bicaudal				
** Teste de Qui-quadrado				

Tabela 7 - Relação das variáveis contínuas/discretas por cumprimento de 60-70% das atribuições específicas da PNAB: idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da última pós-graduação, tempo de trabalho na ESF, nota atribuída à graduação para a formação para a ESF. Caucaia, Ceará, 2016.

Variáveis	Profissionais que cumprem todas as atribuições específicas da PNAB						Total (N=119)		
	SIM (N=74)			NÃO (N=45)					
	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx	M (D)	Md	Mn Mx
Idade	36,2 ±9,7	33	23 71	33 ±5,4	32	24 51	35,0 ±8,5	32	23 71
Tempo de conclusão da graduação (em anos)	10,7 ± 8,5	8	1 45	8,0 ±4,9	7	2 25	9,7 ±7,4	8	1 45
Tempo de conclusão da última pós-graduação (em anos)	5,4 ±5,5	4	0 22	3,1 ± 3,3	2	0 14	4,6 ±4,9	3	0 22
Tempo de trabalho na ESF (em anos)	6,9 ±4,1	5	1 15	5,2 ±3,0	5	1 12	6,2 ±3,8	5	1 15
Nota atribuída à graduação para a formação para ESF	7,9 ±1,7	8	3 10	7,6 ± 1,5	8	5 10	7,8 ±1,6	8	3 10

M= Média / D= Desvio Padrão / Md= Mediana/ Mn= Valor mínimo/ Mx= Valor máximo

6. DISCUSSÃO

O estudo se propôs a avaliar a formação dos profissionais de saúde da ESF do município de Caucaia (CE) de acordo com os aspectos legais e conceituais, dando destaque à PNAB.

O trabalho encontrou como principais achados uma série de características para os profissionais de saúde da ESF com a seguinte predominância: gênero feminino, adultos jovens, concursados, bom tempo de trabalho na ESF, formação da graduação recente, interesse pela educação continuada, especialistas (principalmente em Saúde da Família e cursos voltados para especialidades clínicas), pessoas identificadas com o modelo sanitário e que cumprem a maior parte de suas atribuições específicas na Atenção Básica.

Há de se reconhecer algumas limitações da pesquisa, como a dificuldade em conseguir uma boa adesão de participantes, principalmente em relação à categoria médica. Esta apresentou uma menor representatividade no trabalho, quando comparada a dentistas e enfermeiros, tendo como justificativa o fato do desligamento com o município de grande parte dos médicos ao longo do ano, devido ao abandono do Programa Mais Médicos. O desenho transversal do estudo também influenciou na dificuldade de captação de profissionais de saúde, considerando o curto espaço de tempo para coleta de dados.

Dentre os principais fatores que contribuem para a alta rotatividade dos médicos no SUS, em especial na Atenção Básica, podem ser listados: falta de condições materiais (medicamentos, insumos e infra-estrutura das unidades de saúde), sobrecarga de trabalho, distância dos grandes centros urbanos, falta de capacitação para exercer a prática de generalista na ESF e a presença de um mercado de trabalho dinâmico, sempre capaz de fornecer novas oportunidades. Embora o salário seja um dos atrativos para os médicos se apresentarem para contratação na ESF, este sozinho não tem garantido a sua fixação (CARVALHO; SOUSA, 2013; LOPES; BOUSQUAT, 2011).

Em relação ao instrumento utilizado para coleta de dados, buscou-se a criação de um questionário com a maior aproximação possível das questões que abordam a formação dos profissionais de saúde na ESF. Não houve um modelo de referência de outros trabalhos usado como parâmetro e não ocorreu validação do

mesmo. Entretanto, foi desenvolvido estudo piloto a fim de promover maior calibração do questionário e torná-lo mais adequado frente às principais respostas nessa fase de teste. Importante também reconhecer que trabalhos com esse tipo de instrumento dependem consideravelmente da colaboração dos participantes, uma vez que exige leitura, preenchimento e devolução com atenção e responsabilidade.

Os aspectos sócio-demográficos evidenciaram uma predominância de mulheres e de profissionais adultos jovens, corroborando com estudos anteriores realizados na ESF (GALYSA, 2011; MARTELLI *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2016; TOMASI *et al.*, 2008; VILLALBA; MADUREIRA; BARROS, 2009). Convém destacar a presença dos extremos de idade, representados tanto por pessoas bem jovens inclusive com apenas um ano de egresso da graduação, bem como por algumas consideradas idosas e que ainda se dedicam às atividades assistenciais da Atenção Básica.

A avaliação do ano de conclusão da graduação permitiu observar que a ESF tem concentrado profissionais com formação relativamente recente, já que a maioria desses se graduou após 2005. Essa constatação foi de grande valor, considerando que esses egressos já se depararam com o novo padrão de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos trazidos pelas DCN (BRASIL, 2002, 2014). Porém, considerando que a criação do PSF ocorreu no ano de 1994, pode-se afirmar que profissionais graduados até esse ano não tiveram uma formação na graduação direcionada para a atuação neste modelo assistencial em razão de sua inexistência, devendo a aquisição dos conhecimentos necessários para o exercício atual na ESF ocorrer por meio de capacitação e/ou atualização em cursos de pós-graduação. No estudo, verificou-se que uma pequena parte dos participantes concluiu seu curso de graduação até o ano de 1994.

Esta provável influência das DCN sobre a formação de recursos humanos resultou na obtenção de uma alta média da nota atribuída à graduação para o desenvolvimento das competências e habilidades dos profissionais para a prática na ESF. Além disso, as disciplinas da graduação corresponderam ao fator de maior impacto para a aquisição dos conhecimentos necessários para a atuação na Atenção Básica, e a identificação com o modelo sanitário representou a principal razão para o exercício na ESF. Espera-se, assim, que essa nova geração de

profissionais apresente uma visão mais abrangente e coletiva do cuidado em saúde, como preconizado pela ESF na PNAB (BRASIL, 2012), afastando-se do modelo biologicista flexneriano.

Em relação à educação permanente e continuada dos profissionais de saúde após a graduação, foi notória a preocupação por parte das três categorias em aderir a este processo, identificando-se que mais de 80% dos pesquisados já apresentavam, no mínimo, título de especialização (*lato sensu*). Vale ressaltar que a natureza dos cursos de especialização também demonstrou correlação com as necessidades da prática na ESF, pois a maioria dos profissionais apresentou pós-graduação em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Pública.

Entretanto, verificou-se uma tendência menor dos dentistas em realizar os cursos citados, dedicando-se mais àqueles voltados a especialidades clínicas. Essa informação reforça a importância de se trabalhar esta deficiência com a categoria odontológica, tanto no momento da graduação como em âmbito municipal para potencializar a experiência de trabalho. Além disso, o alto percentual de médicos com especialização em Saúde da Família tem como explicação o enquadramento desses profissionais como “bolsistas Mais Médicos”. A partir de 2013, este programa trouxe a obrigatoriedade desse curso ou de especialização em atenção primária à saúde em parceria com Instituições Públicas de Ensino Superior como eixo de formação para as políticas de saúde do SUS (BRASIL, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A residência e os cursos *stricto sensu* apareceram como qualificações pouco procuradas entre os participantes, mesmo com a oferta pelo Ministério da Saúde de Residências e Mestrados Multiprofissionais em Saúde da Família nos últimos anos, tendo sido registrado baixo índice de representantes nessas categorias de pós-graduação.

Compreender a estratégia mais adequada para promover a educação continuada desses profissionais de saúde foi questão fundamental. Cursos de curta duração (40 horas, atualização e aperfeiçoamento) foram escolhidos como o melhor método para incentivar a permanente qualificação desses profissionais, encontrando sua justificativa provavelmente no fato de demandarem menos tempo e pela compatibilidade com a agenda de trabalho.

Quanto ao vínculo trabalhista estabelecido entre profissional e município, observou-se que o concurso público foi a principal forma. Convém ressaltar que, quando se avaliou separadamente por profissão, encontraram-se grandes discrepâncias. A Odontologia e a Enfermagem demonstraram forte associação com o concurso público, contribuindo para a consolidação do profissional no território da ESF e a longitudinalidade da relação equipe-comunidade. Em contraste, a maioria da categoria médica se enquadrou como bolsistas do Programa Mais Médicos, enquanto apenas uma pequena parcela era concursada. Tal fato colabora para a rotatividade de médicos na ESF e fragilização da relação equipe-comunidade em virtude da precarização de direitos trabalhistas e presença de vínculo com curto tempo de vigência pré-estabelecido (ILHA *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2010)

De certo modo, o alto índice de profissionais concursados contribuiu para a elevação da média de tempo de trabalho na ESF, que no estudo foi de 6,2 anos. Profissionais de saúde que têm estabilidade e garantia de seus direitos trabalhistas se sentem valorizados e motivados, favorecendo o provimento e fixação nas equipes de Saúde da Família bem como o desenvolvimento de um trabalho longínquo com a comunidade. Observou-se que dentistas e enfermeiros apresentaram postura mais consolidada na ESF, constatada inclusive pelo vínculo de estabilidade. Os médicos ainda demonstraram ver na atenção básica uma situação transitória de trabalho, representando uma oportunidade de bonificação para prova de residências e uma garantia de remuneração, características trazidas pelo Programa Mais Médicos.

Para a avaliação do desenvolvimento das atribuições na ESF, optou-se por utilizar como parâmetro a PNAB, por considerar que esta representa a publicação de maior referência no que tange às diretrizes da Atenção Básica. A associação estatística entre a realização de Especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva e o cumprimento das atribuições específicas da ESF representou um diferencial diante de estudos anteriores descritos na literatura. Apesar de não ter sido encontrada uma comprovação estatística dessa associação ($p > 0,05$), não se pode subestimar o valor desta formação.

A importância de cursos voltados à prática da ESF é indiscutível para o processo de formação dos profissionais de saúde. Prova disso se dá através da preocupação por parte do Ministério da Saúde, da UNA-SUS e de programas governamentais em estabelecer uma trajetória da Política Nacional de Reorientação

da formação profissional no SUS/ESF. Essas iniciativas acontecem porque reconhecem as mudanças das atitudes profissionais frente às ações de trabalho na Atenção Básica após esses cursos, como citado nos estudos de Maciel *et al.* (2010), Ferreira, Schimith e Cáceres (2010) e Leão e Caldeira (2011).

Destaca-se também que pesquisas recentes têm demonstrado um percentual crescente de especialistas em Saúde da Família em municípios brasileiros com o passar dos anos, como resultado do PROVAB, Programa Mais Médicos e pelo interesse dos profissionais de saúde em aperfeiçoarem seus conhecimentos (FIÚZA *et al.*, 2012; GALYSA, 2011; MARTELLI *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010), coincidindo com o considerável número de profissionais (50,4%) encontrado em nosso estudo. Contrapondo-se a esses achados, há também trabalhos que relatam baixo índice de especialistas em Saúde da Família e/ou APS em suas amostras, mas que concluem afirmando a necessidade de aperfeiçoamento nessas áreas (CASTRO *et al.*, 2012; KOLLING, 2008; SILVA *et al.*, 2014).

Cursos de especialização em Saúde da Família contribuem para aumentar a competência dos profissionais, na medida em que promovem aquisição de conhecimentos e impulsionam novos modos de agir, mesmo em contexto adverso. No plano conceitual, as mudanças se expressam de quatro maneiras: numa visão mais humanizada da assistência, com valorização da família e da necessidade de construção de vínculo com os usuários; no conhecimento e desenvolvimento de habilidades para ouvir a comunidade e oportunizar sua participação; no reconhecimento da importância do trabalho em equipe; na busca por novas formas de abordagem comunitária e intersetorial (Scherer *et al.*, 2016).

Entretanto, uma reflexão proporcionada pela pesquisa diz respeito à necessidade de mudanças na abordagem de cursos de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva. No estudo, a maioria dos profissionais de saúde que realizou esses cursos relatou não cumprir todas as atribuições específicas da PNAB e 35% dos participantes com essa qualificação não cumpriam sequer de 60 a 70% das atribuições. Esperava-se encontrar maior influência desses cursos na prática de trabalho da ESF para justificar os investimentos e incentivos realizados por parte do Ministério da Saúde para que os profissionais de saúde busquem esse tipo de educação permanente.

A qualificação profissional, por si só, não produz melhores práticas assistenciais, reforçando a necessidade do papel indutor e ordenador do Ministério da Saúde, articulado ao Ministério da Educação, em cooperação com instituições formadoras, conselhos de classe e municípios, para garantir que a formação esteja relacionada às necessidades sociais e à operacionalização do SUS (SANTOS *et al.*, 2012). Do mesmo modo, os municípios através de suas Secretarias de Gestão em Saúde devem reconhecer seu papel de incentivador de formação profissional para atuação na Atenção Básica, caracterizando uma co-responsabilização neste processo de educação permanente do quadro de servidores.

Independente do município, da categoria de trabalho, da formação profissional (voltada ou não ao modelo da ESF), do tempo de experiência na ESF e outras questões envolvidas na temática de recursos humanos na Atenção Básica, o que se faz imperativo é que as equipes foquem na Interdisciplinaridade. Essa ferramenta integra ações técnicas e conhecimentos profissionais de diferentes áreas da ciência, estabelecendo canais de troca entre os campos do saber, de modo que favorece o cumprimento tanto das atribuições comuns como específicas dos profissionais de saúde na ESF de forma espontânea.

A perspectiva da integralidade se traduz como eixo norteador na formação de recursos humanos em saúde. Profissionais formados com vivência prática na ESF e inserção na rede de atenção, e que conhecem o SUS e as políticas de saúde, freqüentemente adquirem uma postura pró-ativa na sua atuação integral de compromisso diante das necessidades do SUS (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Conforme conceitos trazidos por Soubhi *et al.* (2009), a aprendizagem e a prática interprofissional são resultantes da capacidade dos profissionais de saúde estabelecerem um equilíbrio dinâmico entre a organização do que eles sabem (conhecimento) e a organização do que eles fazem (atribuições): o modo como colaboram resolvem conflitos e escolhem estratégias de cuidado. Os autores consideram fundamental o desenvolvimento de uma “capacidade coletiva” que ajuda a equipe, denominada de “grupo de respostas”, a adaptar suas respostas à complexidade das necessidades dos usuários.

7. CONCLUSÃO

- Os profissionais de saúde da ESF de Caucaia apresentaram os aspectos sócio-demográficos com predominância de pessoas do gênero feminino, adultos jovens, concursados e com um bom tempo de trabalho na ESF.

- A média do tempo decorrido do curso de graduação foi 9,7 anos, enquanto para o último curso de pós-graduação foi 4,6 anos.

- Quanto à qualificação da formação continuada, ficou claro o interesse profissional pela educação permanente, prevalecendo profissionais com Especialização (principalmente em Saúde da Família e cursos voltados para especialidades clínicas). A melhoria da prática na ESF foi considerada a maior motivação para a realização dos Cursos de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva.

- A identificação com o modelo sanitário da ESF e a necessidade financeira se configuraram como as principais razões para a escolha da ESF como oportunidade de trabalho.

- Os profissionais de saúde definiram cursos de curta duração (40 horas/ atualização/ aperfeiçoamento) como a melhor estratégia para a ocorrência da educação permanente.

- A maioria dos profissionais de saúde não cumpre todas as atribuições específicas definidas na PNAB.

- Não houve associação estatística entre a realização de cursos de Saúde da Família, Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva e o cumprimento das atribuições específicas da PNAB.

8. RECOMENDAÇÕES

O estudo deixa como desdobramentos para pesquisas futuras o acompanhamento longitudinal da mudança do panorama da formação dos profissionais de saúde da ESF. Ressalta-se também a oportunidade do desenvolvimento de projetos de intervenção para implementação da oferta de cursos de Especialização em Saúde da Família nos diversos municípios brasileiros como co-responsabilização dos gestores locais no processo de educação permanente do quadro de servidores.

Esta dissertação recomenda um maior incentivo para a realização de cursos com enfoque na ESF a fim de garantir uma conexão entre trabalho e formação a todos os profissionais de saúde da Atenção Básica. A revisão do conteúdo e abordagens utilizadas nesses cursos, com a inclusão de metodologias ativas, faz-se necessária a fim de a qualificação impactar positivamente na prática profissional.

Em acréscimo, destaca-se a importância de as Instituições de Ensino Superior (IES) continuarem seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação dos acadêmicos da área da Saúde, uma vez que esses representarão os futuros profissionais de saúde da ESF.

REFERÊNCIAS

- AITH, F.M.A. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil / Legal framework of health promotion in Brazil. **Rev Med**, São Paulo, v.92, n.2, p. 148-54, abr./jun. 2013.
- ALLEGGRANTE, J.P; BARRY, M.M.; AIRHIHENBUWA, C.O.; AULD, M.E.; COLLINS, J.L.; LAMARRE, M.C.; MAGNUSSON, G.; MC QUEEN, D.V.; MITTELMARK, M.B. Domínios de competência central, padrões e garantia de qualidade para a construção de capacidade global na promoção da saúde: a Declaração da Conferência de Galway consenso. **Saúde Educ Behav**, v.36, n.3, p.476-82, 2009.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, n.6, agosto, 2011.
- ARANGO, HÉCTOR GUSTAVO. **Bioestatística teórica e computacional**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31,n. 1, p.21-30, 2007.
- ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 219-227, 2006.
- ÁVILA, M.M.M. Origem e evolução do Programa de Agentes comunitários de saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.2, p.159-168, abr./jun. 2011.
- BARBOSA, A.A.A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras**, v.10, n.3, p.53-60, jul./set. 2007.
- BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: Significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BESSEN, C.B.; NETTO, M.S.; ROS, M.A.; SILVA, F.W.; SILVA, C.G.; PIRES, M.F. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação, 2001. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 7 nov 2001.

BRASIL. Ministério da Educação, 2002. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CSE nº 3 - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev 2002, seção 1, p. 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da gestão do trabalho e da educação na saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **A educação permanente entra na roda: Pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF, 2005. BRASIL, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE**. Portaria MS/MEC nº. 2.101, de 03 de novembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. BRASIL, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. BRASIL, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. BRASIL, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria n.º 4.279, de 30 de setembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011a.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011b.

BRASIL, Portaria n.º 1.654 de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011c.

BRASIL, Portaria n.º 2.087 de 01 de setembro de 2011. **Institui o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Série E, legislação em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Lei n.º 12.871 de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. BRASIL, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação, 2001. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014).** Diário Oficial da União, Brasília, 20 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 15 de março de 2015. BRASIL, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Histórico de cobertura de Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 17 de junho de 2016. BRASIL, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Histórico de cobertura de Saúde da Família. Nota técnica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf>. Acesso em 17 de junho de 2016. BRASIL, 2016b.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, sept. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Formação de Recursos Humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saud**, v.7, n.1, p.45-52, jan.- mar. 2008.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: Perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, set. 2006.

CARVALHO, M.S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos ? **Interface**, v.47, n.17, p. 913-26, 2013.

CARVALHO Y.M.; CECCIM, R.B. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: Aprendizados com a saúde coletiva. IN: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ, p.149-182, 2006.

CASTRO, R.C.L.C.; KNAUTH, D.R.K.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.9, p. 1772-1784, Rio de Janeiro, set. 2012.

CERICATO, G.O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A.P.S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO UPF**, v.12. n.3, p.18-23, set./dez. 2007.

COELHO, M. Q.; COSTA, S. M.; MARTELLI, D. R. B.; MARTELLI JÚNIOR, H.; BONAN, P. R. F.; FRANCY, S. A. Odontologia no contexto do sistema único de saúde de Montes Claros, Minas Gerais. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v.47, n.2, p.65-72, 2011.

COLEMAN, C.F.; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGIOA, R. & NUÑO, R.S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas**: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008.

COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. Formação profissional no SUS: Oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 503-517, fev.2009.

CORDEIRO, H.; ROMANO, V.F.; SANTOS, E.F.; FERRARI, A.; FERNANDES, E.; PEREIRA, T.R.; PEREIRA, A.T.S. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.695-710, Rio de Janeiro, 2009.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: Um desafio na reestruturação da Atenção Básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v.15, n.3, jul./set., 2006.

DE ANDRADE, L.R.; TEIXEIRA, M.; MACHADO, C.V. Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Divulgação em Saúde para Debate**: Rio de Janeiro, n. 47, p. 65-76, maio, 2012.

DIAS, H.S.A.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1613-1624, 2013.

DUARTE, A.P.B. Ações educativas no programa de saúde da família: a qualificação dos profissionais para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.4, n.2, p. 22-24, 2010.

DUTRA, E.M.; VASCONCELOS, E.E.; TEÓFILO, J.K.S.; TEÓFILO, L.J.S. Atenção Integral aplicada à família: Relato de experiência. **Sanare**, Sobral, V.11. n.1, p. 55-59, jan./jun. 2012.

ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOIOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013.

FERRAZ, F.; BACKES, V. M. S.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; PRADO, M. L. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau e Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.2, p.113-128, 2012.

FERREIRA, M.E.V; SCHIMITH, M.D; CÁCERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2611-2620, 2010.

FIÚZA, T.M.; RIBEIRO, M.T.A.M.; GOMES, K.W.L.; PEQUENO, M.L.; BARRETO, I.C.H.C.; MIRANDA, A.S.; OLIVEIRA, P.R.S.; JUNIOR, R.M.M. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev bras med fam comunidade**. Florianópolis, v.7, n.24, p. 139-146, jul.-set. 2012.

FREITAS, THAYNARA MARTINS. **Articulação dos jovens indígenas tapeba (AJIT): uma etnografia sobre a participação juvenil na luta indígena Tapeba**. 2012. 65p. Monografia – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2012. Disponível em http://www.cienciassociais.ufc.br/monografias/2012_Thaynara_Freitas.pdf

GALISA, D.D.F. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde de Fortaleza, Ceará acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento** / Dayze Djanira Furtado de Galiza. - 2011. 87 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.

GARCIA, R.M; BAPTISTA, R. Educação à Distância para a qualificação dos profissionais do SUS: Perspectivas e desafios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.7, n.1, p.70-78, jun., 2007.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: Paradoxos e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar./abr. 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadores cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 71p., 2012.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. A.; TROLL, T.; CYRINO, E. G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.33, n.5, p.382-392, 2009.

GUEDES, J.S.; SANTOS, R.M.B.; DI LORENZO, R.A.V. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.875-883, 2011.

ILHAS, S.; DIAS, M.V.; BACKES, D.S.; BACKES, M.T.S. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.3, p.556-562, jul/set, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm>. Acesso em 14 de dezembro de 2014. IBGE, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. IPECE, 2016. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/pbm-2015/Caucaia.pdf>. Acesso em 02 de agosto de 2016.

HADDAD, A.E.; MORITA, M.C.; PIERANTONI, C.R.; BRENELI, S.R.; PASSARELA, T.; CAMPOS, F.E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.383 -393, jun. 2010.

HADDAD, A. E.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T. M.; RIBEIRO, T. C. V. Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.1, p.98-114, 2008.

HAM, C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn, Conference of Bonn, 2007.

Kolling JHG. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base

[dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4415-4423, 2011.

LIMA, D.C.; PEREIRA, A.A.; DRUMMOND, E.S. Percepção dos acadêmicos de odontologia da UNIFAL/MG quanto à formação em Saúde da Família. **Rev Odontol Bras Central**, v.21, n.60, 2013.

LINS, C.F.; ALCHIERI, J.C.; ARAÚJO NETO, J.L. Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a Partir das Crenças dos Seus Colaboradores. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 4, p. 533-541, out./dez. 2013.

LOPES, E.Z., BOUSQUAT, A.E.M. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Rev bras med fam comunidade**, v.19, n.6, p.118-24, 2011.

MACIEL, E.L.N.; FIGUEIREDO, P.F.; PRADO, T.N.; GALAVOTE, H.S.; RAMOS, M.C.; ARAÚJO, M.D.; LIMA, R.C.D. Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p.2021-2028, 2010.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, N.G.T. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARQUI, A.B.T.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.956-661, 2010.

MARTELLI P.J.L.; MACEDO, C.L.S.V.; MEDEIROS, K.R.; SILVA, S.F.; CABRAL, A.P.S.; PIMENTEL, F.C.; MONTEIRO, I.S. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.3243-3248, 2010.

MEDEIROS, C.R.G.; JUNQUEIRA, A.G.W.; SCHINGWEL, G.; CARRENO, I.; JUNGLES, L.A.P.; SALDANHA, O.M.F.L. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 1521-1531, 2010.

MELO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e atenção primária à saúde - Origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E.V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MONTENEGRO, L.C.; BRITO, M.J.M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Invest Educ Enferm.**, v.29,n.2, p.238-247, 2011.

MORAES, J. T.; LOPES, E. M. T. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.435-444, 2010.

MOREIRA, I.J.B.; HORTA, J.A.; DURO, L.N.; BORGES, D.T.; CRISTOFARI, A.B.; CHAVES, J. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.38, n.11, p.1-12, 2016.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface comun. Saúde educ**, Botucatu/SP, v.13, n.30, p.153-66, 2009.

MORETTI-PIRES, R.O.; LIMA, L.A.M.; KATSURAYAMA, M. A Formação dos médicos de saúde da família no interior da Amazônia sobre a problemática do abuso de álcool. **RBPS**, Fortaleza, v.23, n.1, p.56-62, jan.-mar. 2010.

MOROSINI, M..V.G.C; CORBO, A.M.D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NÓBREGA-TERRIEN, Silvia Maria; ALMEIDA, Maria Irismar de. **Temas em saúde da família: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2006. v. 1. 318p.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M; SOUZA, I.N.C.S.; DINIZ, R.E.O. Mudanças curriculares nos cursos de medicina e o programa de saúde da família: reflexões teórico-metodológicas. In: Silvia Maria Nóbrega-Therrien; Maria Irismar de

Almeida. (Org.). **Temas em saúde da família: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa**. 1ed.Fortaleza: EdUECE. Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2006, v. 1, p. 275-298.

OLIVEIRA, F.P.; VANNI, T.; PINTO, H.A.; SANTOS, J.T.R.; FIGUEIREDO, A.M.; ARAÚJO, S.Q.; MATOS, M.F.M.; CYRINO, E.G. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, v.54, n.19, p. 623-34, 2015.

OLIVEIRA, N.A.; MEIRELLES, R.M.S.; CURY, G.C.; ALVES, L.A. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do promed. **Ver bras educ med**, v.32, n.3, p.333-346, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPAS: 2007.

PEREIRA, I.D.F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, maio-ago. 2013.

PINHEIRO, D.G.M.; SCABAR, T.G.; MAEDA, S.T.; FRACOLLI, L.A.; PELICIONI, M.C.F.; CHIESA, A.M. Competência em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.180-188, 2015.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAL, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc**: São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; PRADO, R.L.; GARBIN, C.A.S. Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. **Rev Odontol UNESP**, v.41, n.5, p.297-304, set./out. 2012.

SANCHEZ, H. F; SILVA, C. J. P.; DRUMOND, M. M.; FERREIRA E FERREIRA, E. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta Bioethica**, Santiago/Chile, v.18, n.1, p.101-109, 2012.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T.; MARTINS, M.I.C.; CUNHA, M.S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da

Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A.L.P.; BENITO, G.A.V.; CUTOLO, L.R.A. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema único de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.4, p.654-61, 2007.

SCHERER, M.D.A.; OLIVEIRA, C.I.; CARVALHO, W.M.E.S.; COSTA, M.P. Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? **Interface (Botucatu)**, 2016.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SILVA, S.A.; NOGUEIRA, D.A.; PARAIZO, C.M.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122-128, aug. 2014.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco - Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quartely**, New York, v. 83, n. 3, p. 457- 502, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE. **Lista de Discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Disponível (acesso restrito) em: <http://www.grupos.com.br/group/sbmfc>. Acesso em: 09 dez. 2014.

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Atenção Básica no Brasil (1986-2000): Alguns destaques. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007.

SOUBHI, H.; COLET, N.R.; GILBERT, J.H.V.; LEBEL, P.; THIVIERGE, R.L.; HUDON, C.; FORTIN, M. Interprofessional learning in the trenches: fostering collective capability. **J. Interprof. Care**, v.23, n. 1, p.52-57, 2009.

SOUSA, C.D.F. Programa Saúde da Família - PSF: a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – Hygeia**, v.10, n.18, p.207-215, 2014.

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n.2, p.202-212, 2014.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V.V.; TEIXEIRA, V.A. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.193-201, 2008.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades e competências entre trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.149-60, jan./mar. 2012.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: Uma revisão integrativa. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.30, n.1, p. 215-244, mar. 2014.

VILLALBA, J.P.; MADUREIRA, P.R.; BARROS, N.F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 27, n.3, p. 262-268, 2009.

WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 265, p. 885-892, 1961.



APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

Este instrumento é formado por perguntas fechadas e abertas que abordam temas relacionados à sua formação profissional e educação permanente, correlacionando-as com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nas questões fechadas, assinale com um (X) a(s) resposta(s) desejada(s). Nas perguntas abertas, responda de forma clara e sucinta na linha correspondente. O seu correto e sincero preenchimento é de suma importância para o resultado da pesquisa. Não se esqueça de assinar no final. Obrigado!

Parte 1 – Dados de identificação e aspectos sócio-demográficos

1) Gênero

1- () Masculino

2- () Feminino

2) Idade: _____

3) Profissão

1- () Médico(a)

2- () Dentista

3- () Enfermeiro(a)

2-

Parte 2 – Dados da formação acadêmica e titulação

4) Ano de Conclusão do curso de graduação: _____

5) Grau máximo de titulação

1- () Graduação

2- () Especialização

3 – () Residência

4- () Mestrado acadêmico

5- () Mestrado Profissional

6- () Doutorado

7 – () Pós-doutorado

6) Em qual(is) dessa(s) categoria(s) você enquadraria seu(s) curso(s) de pós-graduação (*lato sensu ou stricto sensu*)?

1- () Saúde da família

2- () Saúde Pública

3 – () Saúde Coletiva

4- () Curso voltado para especialidades clínicas

5- () Auditoria, Gestão em Saúde

6-() Marketing em Saúde

7-() Economia da Saúde ou MBA na Saúde

8- () Curso não relacionado à área da saúde

9- () Outra(s): _____

10-() Não possuo pós-graduação

- 7) Ano de término do último curso de pós-graduação: _____
- 8) Caso tenha respondido na questão 6 uma das três primeiras alternativas, qual(is) o(s) motivo(s) da escolha de um desses cursos? (Caso contrário, marque o último item desta questão).
- 1- () Necessidade de aperfeiçoamento dos conhecimentos da graduação.
 - 2- () Melhoria da prática na ESF
 - 3- () Gratificação profissional
 - 4- () Busca de melhor titulação para prova de títulos em concursos.
 - 5- () Obrigatoriedade em razão de Programas governamentais (PROVAB, Mais médicos, outros)
 - 6- () Não respondi uma das três primeiras alternativas na questão 6.
- 9) Qual(is) alternativa(s) você escolheria para contribuir para a educação permanente dos profissionais de saúde da ESF?.
- 1- () Cursos de pós-graduação
 - 2- () Educação à distância (EAD)
 - 3- () Cursos de curta duração (40 horas/ atualização/aperfeiçoamento)
 - 4- () Capacitação para acesso às bases de dados e aos periódicos
 - 5- () Participação em eventos científicos (jornadas, congressos, etc)
 - 6- () Não há necessidade de capacitação aos profissionais de saúde

Parte 3 – Informações da vida profissional / Competências, habilidades e atribuições na ESF

- 10) Tempo de trabalho na ESF: _____ (meses ou anos)
- 11) Vínculo empregatício atual na ESF
- 1- () Concurso público (Estatutário)
 - 2- () Processo seletivo simplificado (Celetista)
 - 3- () Contrato por tempo determinado
 - 4- () Bolsista Provab
 - 5- () Bolsista Mais Médicos
 - 6- Outro: _____
- 12) Qual(is) a(s) razão(razões) que levam você a trabalhar na ESF?
- 1- () Identificação com o modelo sanitário.
 - 2- () Falta de outra oportunidade no mercado de trabalho.
 - 3- () Bonificação para prova de títulos de residência ou concursos públicos
 - 4- () Necessidade financeira
 - 5- () Estabilidade

13) Em uma escala de 0(zero) a 10 (dez), qual nota daria a sua graduação para a formação das competências e habilidades necessárias para atuação na ESF?

14) Qual(is) item(ns) contribuíram de modo significativo para o entendimento das competências, habilidades e atribuições necessários à atuação na ESF?

- 1-(☐) Disciplinas da graduação 2- (☐) Estágios nos serviços de saúde
 3- (☐) Projetos de extensão, pesquisa ou monitoria
 4-(☐) Manuais, Cadernos e Portarias da Atenção Básica
 5-(☐) Cursos de pós-graduação 6-(☐) Outro: _____

15) **(Exclusivamente aos profissionais Médicos)** Qual(is) dessa(s) atividade(s) você realiza rotineiramente na sua prática da ESF?

Atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.) 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea

1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Indicação, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, da necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

16) **(Exclusivamente aos profissionais Dentistas)** Qual(is) dessa(s) atividade(s) você realiza rotineiramente na sua prática da ESF?

Diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal 1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade

1-(☐)Sim 2- (☐)Não

Procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e/ou procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares 1-()Sim
2-()Não

Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea
1-()Sim 2-()Não

Coordenação e participação de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais 1-()Sim 2-()Não

Acompanhamento, apoio e desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar 1-()Sim 2-()Não

Supervisão técnica do técnico em saúde bucal (TSB) e/ou auxiliar em saúde bucal (ASB) 1-()Sim 2-()Não

Participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS 1-()Sim 2-()Não

17)(**Exclusivamente aos profissionais Enfermeiros**) Qual(is) dessa(s) atividade(s) você realiza rotineiramente na sua prática da ESF?

Atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade 1-()Sim 2-()Não

Consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou normativas técnicas observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços 1-()Sim 2-()Não

Atividades programadas e de atenção à demanda espontânea
1-()Sim 2-()Não

Planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe 1-()Sim 2-()Não

Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe 1-()Sim 2-()Não

Participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS 1-()Sim 2-()Não

Data:_____ **Assinatura do Participante:**_____



APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Como pesquisador da Universidade Federal do Ceará (UFC), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Avaliação da formação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família do Município de Caucaia (CE)”. Deste modo, venho solicitar sua colaboração para participar do estudo disponibilizando seus dados para preencher um formulário. Esclareço que:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa, mantendo seu nome e sua identidade em sigilo. Somente o pesquisador, a equipe do estudo e os representantes do comitê de Ética terão acesso aos seus dados para verificar as informações do estudo.

- O (a) Senhor (a) tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa e, também esclareço que sua participação não acarretará qualquer tipo de ônus, tão como, a vir sofrer algum tipo de risco. Garantimos que o Senhor(a) não sentirá nenhum desconforto, nem terá riscos ao participar do estudo.

- Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui-se a possibilidade de obtenção de dados acerca dos profissionais de saúde da Atenção Básica do município de Caucaia, servindo de subsídio para melhorar a formação profissional e educação permanente dos mesmos em relação à Estratégia de Saúde da Família.

- O sujeito da pesquisa deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do Termo.

- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - apondo sua assinatura na última página do Termo.

Em caso da necessidade de esclarecimentos, contatar com a coordenadora da pesquisa ou o comitê de Ética e Pesquisa da UFC nos endereços:
Coordenação da pesquisa: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, CEP 60430-160, Fortaleza Ceará.

Telefone: (85) 33668449 Fone: 3477-3280 / 3477-3324

Nome: Ana Paula Soares Gondim (Professora responsável) ou Bruno Oliveira de Aguiar Santos (Mestrando) – Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-275, Fortaleza, Ceará.

Telefone: 3366-8344

Assinatura do Pesquisador Responsável

A sua participação é de extrema importância para a pesquisa.

Consentimento Pós – Esclarecimento

O abaixo assinado _____, ____ anos

RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Assinatura do(a) Participante(a) Responsável

Data



APÊNDICE C

Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA (CE)

Pesquisador: Bruno Oliveira de Aguiar Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47633715.2.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.219.761

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessidade apreciação da CONEP:

Não

Apresentação do Projeto:

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. Destacam-se nesse ponto, a formação e educação permanente dos profissionais com cursos voltados para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na Estratégia de Saúde da família (ESF), importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto. O objetivo do presente trabalho é avaliar a formação dos profissionais de saúde (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuam na ESF do município de Caucaia (CE) de acordo com os aspectos legais e conceituais. A metodologia utilizada será coleta de dados através de questionário com perguntas abertas e fechadas com os 188 profissionais de saúde atuantes nas 44 unidades básicas de saúde da ESF de Caucaia. Esse instrumento abordará temas sobre formação profissional e capacitação para atuar na Estratégia de Saúde da Família

Fortaleza, 22 de outubro de 2015

Assinado por:

FERNANDO ANTÔNIO FROTA BEZERRA
(COORDENADOR)