



Patrícia Castro dos Santos Póvoa

**Residência em Medicina de Família e Comunidade e qualidade da atenção primária à
saúde do município de Palmas - Tocantins**

Brasília

2021

Patrícia Castro dos Santos Póvoa

Residência em Medicina de Família e Comunidade e qualidade da atenção primária à saúde do município de Palmas - Tocantins

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentado ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Escola Superior de Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas a uma Rede Nacional

Brasília

2021

Ficha Catalográfica

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências da Saúde
Biblioteca Central da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Póvoa, Patrícia Castro dos Santos. Residência em Medicina de Família e Comunidade e qualidade da atenção primária à saúde do município de Palmas – Tocantins / Patrícia Castro dos Santos Póvoa; – Brasília, 2021

no. f. : il.

Orientador(a): Fabio Ferreira Amorim
Dissertação de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2021.

134p

1. Residência médica. 2. Medicina de família e comunidade. 3. Gestão em saúde. 4. Atenção primária a saúde.

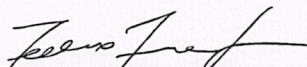
TERMO DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA CASTRO DOS SANTOS PÓVOA

Residência em Medicina de Família e Comunidade e qualidade da atenção primária à saúde do município de Palmas - Tocantins

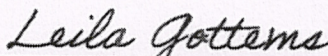
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovado em: 06/12/2021



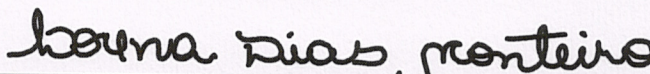
Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientador



Profª. Drª. Leila Bernarda Donato Gottems

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna



Profª. Drª. Lorena Dias Monteiro

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
Universidade Federal de Tocantins (UFT)
Examinadora Externa

Prof. Dr. Marcos Gontijo da Silva
Universidade Federal de Tocantins (UFT)
Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço por me permitir ter um espírito ávido pelo saber e por ter me sustentado até aqui com sua infinita misericórdia.

Ao meu esposo, Geraldo, meu porto seguro, companheiro de todas as horas, pela sua compreensão, apoio e generosidade. Por fazer dos meus projetos os seus projetos e por todas as atitudes que o fazem merecedor do meu amor.

Aos meus filhos Vincenzo e Augusto, luzes da minha existência, obrigada por me fazer experimentar o amor mais genuíno e grandioso que possa existir. Vincenzo, meu primogênito, obrigada por compreender minhas ausências, por mudar tanta coisa em mim, obrigada por ser diverso em um mundo onde todos são tão iguais. Ao meu caçula Augusto, que chegou em meio a este mestrado, meu companheiro das madrugadas em claro, ora estudando, ora amamentando, renovando as minhas forças e energias, me fazendo reviver a experiência mais grandiosa que é ser mãe.

Ao meu pai, Deodato, pelo exemplo de dignidade e honradez, por nunca ter poupado esforços para me possibilitar uma sólida formação, o que me proporcionou a continuidade dos meus estudos até a chegada deste mestrado. Meus eternos agradecimentos. à minha mãe, amor da minha vida, que por horas a fio se dedicou aos meus filhos para que eu pudesse me dedicar aos meus sonhos e projetos, palavras me faltam para expressar tamanha gratidão.

Aos meus irmãos, Dr. Frederico e Dr. Luciano, por serem inspiração como profissionais brilhantes, pais e esposos amorosos. À minha irmã Vitória, pelo exemplo de força e determinação. Às minhas sobrinhas Maria Eduarda, Maria Clara, Laura e Ana, pela ternura e doçura que as suas vidas trouxeram para a minha. À Fabíola, minha irmã de coração, por sua torcida e todo cuidado destinado ao Vincenzo. À minha sogra, Mary Ruth, pelas constantes orações e encorajamento. Aos meus avozinhos que lá do alto zelam por mim.

Ao meu orientador, Professor Dr. Fábio Amorim, por ser inspiração como pesquisador. Foi muito além do seu competente papel de orientador, me acolhendo em diversos momentos com tamanha paciência e atenção. Agradeço enormemente a generosidade do professor Dr. Marcos Gontijo, por contribuir com a construção desta pesquisa. Agradeço ainda à colega Sávvia Herreira, pelo compartilhamento da sua experiência com a mesma pesquisa no município de Gurupi, Tocantins, facilitando o desenrolar desta pesquisa ao me ceder o uso de um *software* financiado pelo PPSUS-TO, o que facilitou a análise de dados.

Às minhas amigas e colegas de trabalho da Comissão de Residência Médica (COREME) Gecilda, Anne, Ana Paula, Andréia e Fernanda, por serem minha referência, ombro

amigo e companheiras de luta por uma medicina de família forte e uma atenção primária à saúde eficiente e humanitária.

Às instituições nas quais eu trabalho: FESP, UFT E ITPAC-Palmas, por me apoiarem e me permitirem concluir este mestrado. À equipe da SEMUS Palmas, por abrir as portas para esta pesquisa. Aos colegas e professores do mestrado profissional em medicina de família e comunidade do ProfSaúde Brasília, com quem passei ótimos momentos! Agradeço às professoras da banca de mestrado, Dra. Leila Göttems e Dra. Lorena Monteiro, pelas valorosas orientações para esse trabalho.

Meu agradecimento também aos nossos médicos preceptores, residentes de medicina de família e comunidade, e aos servidores da atenção primária à saúde de Palmas, pela colaboração em participar desta pesquisa e contribuírem com a edificação de uma assistência à saúde de qualidade à população palmense.

Por último, e não menos importante, minhas sinceras condolências a cada família atingida pela maior pandemia dos últimos tempos totalizando até o momento mais de 612 mil mortos.

*Que a tua vida não seja uma vida estéril. – sê
útil, deixa rasto. ilumina com o resplendor da
tua fé e do teu amor*

São Josemaria Escrivá

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os sistemas de saúde, de maneira a possibilitar o acesso universal aos serviços e a atenção integral ao longo do tempo. No Brasil, a estratégia adotada para a expansão da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF). O financiamento para expansão da ESF vem crescendo, assim como o número de equipes implantadas. Diante desse cenário, a reforma da APS gerou diversas necessidades de melhoria da rede. Em uma delas está a qualificação profissional de médicos para atuar nesse nível por dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC).

Objetivo: Comparar a qualidade na atenção básica à saúde de unidades básicas de saúde com e sem desenvolvimento de PRMFC. **Métodos:** Estudo transversal por meio de questionário aplicado à profissionais de saúde de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem PRMFC em Palmas, Tocantins, entre agosto de 2020 a julho de 2021. Os seguintes instrumentos foram aplicados um questionário sociodemográfico e o questionário do Sistema de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica QualiAB. **Resultados:** Foram entrevistados 98 profissionais de saúde de 16 UBS (oito com PRMFC e oito sem PRMFC). As UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que as 8 UBS com PRMFC foram avaliadas no segundo melhor quartil (Q2) (100,00%), enquanto 4 UBS sem PRMFC (50,00%) foram avaliadas no Q2 e quatro no Q3 (50,00%), $p = 0,021$. Na dimensão Gestão e Gerenciamento Local, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que, da mesma forma que na avaliação geral, oito UBS com PRMFC foram avaliadas no segundo melhor quartil (Q2) (100,00%), enquanto quatro UBS sem PRMFC (50,00%) foram avaliadas no Q2 e quatro no Q3 (50,00%), $p = 0,021$. Em relação à dimensão Gestão da Atenção à Saúde, as UBS com PRMFC também apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que uma UBS com PRMFC foi avaliada no melhor quartil (Q1) (12,50%) e sete no Q2, enquanto duas UBS sem PRMFC (25,00%) foram avaliadas no Q2, cinco UBS no Q3 (62,50%) e uma UBS no Q4 (12,50%), $p = 0,021$. Nos itens do subdomínio Saúde da Mulher, UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho do que as UBS sem PRMFC na qualidade da atenção básica à Saúde da Mulher (mediana: 78,1; IQ25-75%: 74,3-82,3 versus mediana: 56,8; IQ25-75%: 48,5-65,6, $p = 0,007$). De modo semelhante, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação da Saúde da Criança e do Adolescente do que as UBS sem PRMFC (mediana: 61,8; IQ25-75%: 33,4-71,0 versus mediana: 53,6; IQ25-75%: 27,2-60,8, $p = 0,015$) e da Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa (mediana: 70,8; IQ25-75%: 61,7-78,9 versus mediana: 56,8; IQ25-75%: 33,6-70,0, $p < 0,001$). **Conclusão:** O

desenvolvimento de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade nas unidades básicas de saúde pode estar associado à melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde de Palmas. Em nosso estudo, foi observado que as UBS com programas de residência médica apresentaram melhores avaliações no questionário QualiAB e em suas dimensões Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde do que as UBS sem programas de residência, assim como na qualidade da atenção básica à saúde nos diferentes ciclos da vida: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, e Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Residência médica; Medicina de família e comunidade. Gestão em saúde; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is a strategy to organize health systems to enable universal access to services and comprehensive care over time. In Brazil, the strategy adopted to expand PHC is the Family Health Strategy (ESF). Financing for the expansion of the ESF has been growing, as has the number of teams deployed. Given this scenario, the PHC reform generated several needs to improve the network. One of them is the professional qualification of doctors to work at this level through the Residency Programs in Family and Community Medicine (PRMFC). **Objective:** To compare the quality of health care in PHC units with and without PRMFC. **Methods:** Cross-sectional study using a questionnaire applied to health professionals from Basic Health Units (UBS) with and without PRMFC in Palmas, Tocantins, between August 2020 and July 2021. The following instruments were applied: a sociodemographic questionnaire and the questionnaire of the QualiAB Assessment and Monitoring System for Primary Health Care. **Results:** 98 health professionals from 16 UBS were interviewed (eight with PRMFC and eight without PRMFC). UBS with PRMFC presented better evaluation compared to UBS without PRMFC, with 8 UBS with PRMFC being evaluated in the second-best quartile (Q2) (100.00%), while four UBS without PRMFC (50.00%) were evaluated in Q2 and four in Q3 (50.00%), $p = 0.021$. In the Management and Local Governance dimension, the UBS with PRMFC had a better evaluation compared to UBS without PRMFC, and, similarly to the general evaluation, eight UBS with PRMFC were evaluated in the second-best quartile (Q2) (100.00%), while four UBS without PRMFC (50.00%) were evaluated in Q2 and four in Q3 (50.00%), $p = 0.021$. Regarding the Health Care Management dimension, the UBS with PRMFC also had a better evaluation than UBS without PRMFC, with one UBS with PRMFC being evaluated in the best quartile (Q1) (12.50%) and seven in Q2. while two UBS without PRMFC (25.00%) were evaluated in Q2, five UBS in Q3 (62.50%) and one UBS in Q4 (12.50%), $p = 0.021$. In the items of the Women's Health Care subdomain, UBS with PRMFC performed better than UBS without PRMFC in the quality of primary health care for women (median: 78.1; IQ25-75%: 74.3-82.3 versus median: 56.8; IQ25-75%: 48.5-65.6, $p = 0.007$). Similarly, UBS with PRMFC had better assessment of Child and Adolescent Health Care than UBS without PRMFC (median: 61.8; IQ25-75%: 33.4-71.0 versus median: 53.6; IQ25-75%: 27.2-60.8, $p = 0.015$) and Adult and Elderly Health Care (median: 70.8; IQ25-75%: 61.7-78.9 versus median: 56, 8; IQ25-75%: 33.6-70.0, $p < 0.001$). **Conclusion:** The development of Residency Programs in Family and Community Medicine in primary health care units may be associated with an improvement in the quality of Primary Health Care in

Palmas. In our study, it was observed that UBS with residency programs had better ratings in the QualiAB questionnaire and its Management and Local Governance and Health Care Management dimensions than UBS without residency programs, as well as in the quality of primary health care to the different cycles of life: Child and Adolescent Health Care, Women's Health Care, and Adult and Elderly Health Care.

Keywords: Health assessment; Medical residency; Family medicine and community; Health management; Primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) conforme avaliação da qualidade na atenção básica à saúde pelo instrumento QualiAB adaptado.....	48
Figura 2 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na dimensão Gestão e Gerenciamento Local e seus domínios (n=16).	49
Figura 3 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios Gestão da Unidade, Qualificação profissional, e Organização do....	52
Figura 4 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na	54
Figura 5 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) nos subdomínios Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e total de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Palmas, Tocantins, no ano de 2020	42
Quadro 2 - Dimensões, Domínios e Subdomínios do instrumento Sistema de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica QualiAB e questões correspondentes.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) (n=16) e dos profissionais de saúde (n=98)	47
Tabela 2 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) conforme avaliação da qualidade na atenção básica à saúde de acordo o instrumento QualiAB adaptado (n=16).	48
Tabela 3 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios Gestão da Unidade, Qualificação profissional, e Organização do Fluxo	50
Tabela 4 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios Gestão da Unidade, Qualificação profissional, e Organização do Fluxo	51
Tabela 5 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na Dimensão Gestão da Atenção a Saúde e domínios Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, Educação em	53
Tabela 6 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) nos subdomínios Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto	55
Tabela 7 - Qualidade da Saúde da Mulher na Atenção Básica à Saúde pelo instrumento QualiAB adaptado de acordo com a percepção dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem	57
Tabela 8 - Qualidade da Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Básica à Saúde pelo instrumento QualiAB adaptado de acordo com a percepção dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem	58
Tabela 9 - Qualidade da Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa na Atenção Básica na Atenção Básica à Saúde pelo instrumento QualiAB adaptado de acordo com a percepção dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária a Saúde
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
COREME	Comissão de Residência Médica
COVID-19	Doença pelo Coronavírus 2019
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CSC	Centro de Saúde da Comunidade
COREMU ULBRA	Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade Luterana do Brasil
DANT	Doenças e os agravos não transmissíveis
DP	Desvio-padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FESP	Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IQ25-75%	Intervalo interquartil 25-75%
ITPAC	Instituto Tocantinense Antônio Carlos
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAB fixo	Piso de Atenção Básica Fixo
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PIRS	Programa Integrado de Residência em Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PRMFC	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
Q1	Quartil 1
Q2	Quartil 2
Q3	Quartil 3
Q4	Quartil 4
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	Residência Médica
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, Tocantins
SESAU-TO	Secretaria Estadual da Saúde do Tocantins
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SisCNRM	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SISE	Sistema Integrado Saúde-Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 A construção da APS no mundo.....	22
2.1.1 Algumas ideias e iniciativas anteriores à Conferência de Alma-Ata	22
2.1.2 Alma-Ata	27
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	28
2.3 FORMAÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA PARA EXERCEREM O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
2.4 RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM PALMAS	35
2.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - QUESTIONÁRIO DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB	36
3 JUSTIFICATIVA	39
4 OBJETIVOS.....	40
4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	40
4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	40
5 MÉTODOS.....	41
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	41
5.2 LOCAL DO ESTUDO	41
5.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	42
5.3.1 Critérios de inclusão	42
5.3.2 Critérios de exclusão	43
5.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	43
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	44
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	46
6 RESULTADOS	47
6.1 GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL	48
6.2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	52
6.3 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIDADE DA ATENÇÃO	

BÁSICA À SAÚDE NOS DIFERENTES CICLOS DA VIDA	56
7 DISCUSSÃO	61
7.1 GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL	61
7.2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	66
7.3 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NOS DIFERENTES CICLOS DA VIDA	68
7.3.1 Saúde da mulher	68
7.3.2 Saúde da Criança e do Adolescente.....	69
7.3.3 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa	71
7.4 LIMITAÇÕES	72
8 CONCLUSÃO.....	73
9 REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	87
ANEXO A - QUESTIONÁRIO QUALIAB.....	88
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	134

APRESENTAÇÃO

A minha primeira formação acadêmica foi em Fonoaudiologia, em 2002, pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Iniciei minha vida profissional trabalhando no Sistema Único de Saúde (SUS), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Após ingressar na carreira pública estadual, passei a exercer a atividade de fonoaudióloga hospitalar na unidade de terapia intensiva de uma maternidade. Nesse período, fiz especialização em Motricidade Oral, Psicopedagogia e Saúde Pública.

A minha trajetória como docente iniciou no ano de 2005, quando fui professora da primeira turma de técnicos em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pela Escola Tocantinense do SUS (ETSUS). Em 2008, iniciei o curso de graduação em Medicina e me formei em 2014.

Meu primeiro trabalho como médica foi no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), meu primeiro contato com a medicina de família, o que foi determinante para a escolha da minha atual especialidade. Posteriormente, fiz Residência em Medicina de Família e Comunidade, estando cada vez mais envolvida com a Atenção Primária à Saúde (APS), com a medicina de família e o processo de ensino inerente aos profissionais do SUS.

A partir daí me senti motivada a participar do concurso público da Universidade Federal do Tocantins, no qual fui aprovada em 2016 e, desde então, sou responsável pela disciplina de Saúde da Família II e pelo Internato de Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Após a conclusão da especialidade, fui convidada a atuar como supervisora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP). Também exerço a docência na faculdade Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC), Palmas, onde sou tutora das disciplinas de Integração Serviço e Comunidade e Sistema Orgânico Integrado III.

O meu interesse em cursar o mestrado em Medicina de Família veio a partir da minha experiência como supervisora do PRMFC da FESP. O objetivo do meu trabalho é a formação de médicos generalistas que atendam as demandas do SUS. Nasceu daí, então, a inquietação referente a se realmente estávamos sendo competentes ao formar médicos especialistas e se essa formação estava de fato contribuindo com a melhoria da APS.

Para responder aos meus questionamentos de forma técnica e científica, acreditei ser o Mestrado Profissional em Medicina de Família a oportunidade de aprofundar na temática.

1 INTRODUÇÃO

A APS tem sido entendida como a parte fundamental e estruturante de um sistema de saúde. Países que possuem seus sistemas de saúde orientados pela APS apresentam resultados em saúde melhores e com menos custo (STARFIELD *et al.*, 2002; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Kerr White, um médico canadense, professor da Universidade de John's Hopkins, em 1961, publicou um estudo sobre a utilização de serviços médicos, no qual mostrou, com seu famoso “cubo”, que, em um grupo de mil pessoas, no período de um mês, 250 procuraram cuidado médico; dessas, nove chegaram a ser hospitalizadas, mas somente uma necessitava atenção de alta especialização em hospital universitário (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1996).

O estudo de White, associado ao modelo de sistema de saúde da Inglaterra, baseado em médicos generalistas que resolviam até 95% dos problemas de saúde de uma população (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1996), estimularam vários países a iniciarem o debate acerca da reestruturação de seus sistemas de saúde, tendo como novo paradigma a APS. Em 1978, essas ideias foram discutidas na Conferência Internacional de Cuidados Primários, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, na qual os países participantes definiram o fortalecimento da APS, visando a atingir “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1978; LAWN *et al.*, 2008).

A APS de fato possui características que satisfazem necessidades essenciais do SUS, sendo seus atributos inerentes: ser a porta de entrada do sistema, proporcionar integralidade do cuidado às pessoas e coordenar esse cuidado ao longo do tempo de forma contínua. Países com maiores escores de APS em seus sistemas apresentam melhor eficiência, efetividade, equidade e resultados de saúde. Um trabalho norte-americano sugeriu que o acesso a serviços com atributos de APS está associado a menores taxas de mortalidade (FENTON *et al.*, 2012).

No Brasil, a política principal para a melhora da qualificação da APS surgiu em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), ampliado em 1996 para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conforme sua concepção, cada equipe de Saúde da Família deve contar com um médico generalista, que deve realizar assistência integral aos indivíduos e famílias que vivem em um determinado território (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Nesse contexto, surge o problema da escassez de médicos com formação especializada em APS no Brasil, ou seja, com titulação ou Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) (DIAS, 2013). Em 2017, dados do Sistema da Comissão Nacional de

Residência Médica (SisCNRM), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SBMFC) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), apontavam 5.438 médicos especialistas em MFC (AUGUSTO *et al.*, 2018). Estima-se um déficit de quase 50.000 especialistas nesse campo de atuação. Esse diagnóstico nos mostra que o número de médicos de família e comunidade no País ainda é pequeno (menos de 2% do total de médicos), muito aquém do que seria necessário para a qualificação dos nossos serviços de atenção primária à saúde. Por consequência, nota-se a grande importância de políticas de fomento à formação de médicos de família e comunidade, incluindo a expansão das vagas de residência médica na especialidade. Dessa forma, o investimento em formação de especialistas em MFC é necessidade primordial do SUS (DIAS, 2013; AUGUSTO *et al.*, 2018).

Assim, em 2013, foi instituída a estratégia de qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), incentivando a expansão dos PRMFCs no Brasil. Esses programas foram formulados com o objetivo de qualificar médicos para atuarem na APS, assim como para fixar médicos em regiões desprovidas de especialistas. Até 2015, muitas políticas indutoras para expansão da oferta de vagas direcionadas à RMFC foram implementadas, entretanto o esforço de uma melhora qualitativa nos programas de residência existentes ainda se constitui um enorme desafio. A título de exemplo, podemos citar o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que pretendia igualar o número de egressos dos cursos de graduação de medicina ao número de vagas de residência médica (RM) até o ano de 2018 (PETTA, 2013; PINTO *et al.*, 2014; OLIVEIRA; SANCHEZ; PACHECO, 2016; STORTI *et al.*, 2017).

A RM é o principal meio de formação médica em nível de pós-graduação, sendo considerada a formação por excelência de especialistas na área médica. É etapa obrigatória na formação do profissional médico em parte significativa dos países, embora no Brasil essa ainda não seja a realidade. E, embora sejam necessárias evidências científicas mais robustas, é consensual apontar a especialização médica no formato de RM como etapa fundamental no sentido de oferecer à sociedade um profissional médico adequado, com vistas ao atendimento de suas necessidades (BERGER *et al.*, 2017).

Isso não é diferente para a prática médica na APS. Válida para qualquer sistema de saúde, seja universal ou mesmo local, público ou privado, entende-se que a adequação quantitativa e qualitativa da força de trabalho de médicos especialistas em MFC é estratégia salutar para a qualificação da APS. Ademais, sabe-se que uma APS bem estruturada resulta em melhores indicadores de saúde populacionais, maior equidade na atenção à saúde, custos mais favoráveis para a sociedade, coordenação sistêmica mais efetiva e maior segurança para os usuários dos serviços de saúde (SARTI *et al.*, 2018; FACHINI *et al.*, 2018).

A complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais, para além das competências clínicas de diagnosticar e tratar as condições mais comuns do processo de saúde-doença que afetam a população. A MFC precisa atuar estrategicamente em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo sempre em vista a complexidade sociocultural que permeia a vida das pessoas, das famílias e das comunidades (PINTO *et al.*, 2014; STORTI *et al.*, 2017; BRASIL, 2018a).

O fortalecimento da APS depende diretamente da formação de médicos especialistas nos cuidados inerentes à atenção primária à saúde para atender às necessidades de saúde da população. Essa premissa reforça a ideia de que, para ser resolutivo na APS, o profissional precisa ser treinado e capacitado para tal. Daí a importância do processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, que ainda se encontra incipiente no município de Palmas – Tocantins (TO), sendo fundamental para reforçar os pontos positivos e de sucesso, bem como repensar pontos que não estejam atendendo aos preceitos do SUS. Dessa forma, este estudo é oportuno pelo fato de constatar e avaliar o padrão de qualidade dos serviços prestados pela APS, possibilitando aos gestores e formuladores da política de saúde, ampliar a discussão sobre a formação do médico residente, essencialmente para os serviços do sistema público de saúde. Surge então o questionamento se a formação em residência em MFC pode contribuir com a melhoria da qualidade da APS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreensão deste projeto de pesquisa, é importante que se faça um levantamento do processo histórico que coloca atualmente como prioritária a formação de médicos habilitados para atuarem na APS. Assim, o marco teórico deste trabalho faz uma revisão da APS como coordenadora da rede de atenção à saúde e da formação de médicos de família e comunidade para exercerem o trabalho médico na ESF.

Posteriormente, para uma melhor compreensão do trabalho, é feita análise do processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, bem como explanação sobre o instrumento QualiAB. Trata-se de ferramenta de avaliação validada e recomendada por especialistas para uso no Brasil, por ser de abordagem avaliativa focada no cotidiano dos gerentes e profissionais atuantes no atendimento e tomando por objeto a organização do processo de trabalho enquanto base material definidora dos atributos de qualidade do serviço. Esse instrumento aborda dimensões estratégicas do trabalho como condições objetivas necessárias para a implementação das finalidades técnicas da APS, podendo ser útil na avaliação das UBS devido à diversidade estrutural dos serviços. A avaliação de indicadores contribui para a gestão em saúde, analisando os serviços que se concretizam na territorialização das unidades do SUS, como portas de entrada das pessoas aos serviços de saúde que merecem atenção no âmbito das políticas públicas (NEMES *et al.*, 2004; CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

2.1 A CONSTRUÇÃO DA APS NO MUNDO

Neste trabalho, é explanado o surgimento do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito internacional, de forma a auxiliar na compreensão de sua influência no atual sistema de saúde brasileiro.

2.1.1 Algumas ideias e iniciativas anteriores à Conferência de Alma-Ata

A regionalização dos serviços de saúde e a integração entre a prática clínica e a saúde pública já eram defendidas ou praticadas, em algum grau, desde o século XIX. A seguir, são mostradas algumas iniciativas de valor histórico, que tenham exercido marcada influência nas discussões que antecederam a Conferência de Alma-Ata, sem que se pretenda aqui esgotar-se o escopo das iniciativas e ideias anteriores a esse evento.

Na Alemanha, a expressão Medicina Social foi associada a Rudolf Virchow, médico e político alemão do século XIX. Em 1847, Virchow investigou uma severa epidemia de Febre

Tifóide em uma área rural da Prússia, a Alta Silésia, atendendo a uma solicitação do governo daquele país (ROSEN, 1979). O relatório advindo desse estudo trouxe recomendações médicas pouco convencionais à época: a realização de uma radical reforma econômica, política e social. Reforma que incluísse aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Em linhas gerais, essas mudanças deveriam apreender uma “democracia completa e irrestrita”, educação, liberdade e prosperidade (ROSEN, 1979:78; WAITZKIN, 1980: 1). A Virchow não ocorreu solicitar soluções estritamente médicas, como era de se esperar. Em vez disso, recomendou fortemente o investimento na qualidade de vida dos habitantes da Alta Silésia. Segundo Rosen (1979), Virchow começara a delinear uma ampliação do conceito de saúde a partir do momento em que o tira da exclusiva seara médica e o transforma em objeto da esfera política – a “medicina em grande escala”. Segundo Waitskin (1980), Virchow acreditava que as melhorias do sistema de atendimento à saúde deveriam ser acompanhadas de profundas transformações políticas, econômicas e sociais, uma vez que a origem dos problemas de saúde possui uma natureza multifatorial.

Em 1864, a Rússia czarista implementou o projeto Zemstvo, criando assembleias distritais deliberativas compostas por nobres, donos de terra e trabalhadores rurais. Tais órgãos de representação tinham um escopo de legislação muito estreito: podiam deliberar sobre saúde pública, medidas contra a fome, construção de estradas, sistema educacional e cadeias. As assembleias Zemstvo foram responsáveis pelo estabelecimento de uma rede de centros de saúde em áreas rurais por toda a Rússia, embora o seu sucesso tenha sido limitado.

Na Inglaterra, a regionalização dos serviços de saúde e o entendimento do trabalho médico como uma integração entre ações curativas e preventivas, individuais e coletivas também já haviam sido preconizados por um médico inglês, em 1920, Sir Bertrand Dawson. Esse profissional concebeu a ideia de regionalização dos serviços de saúde na Inglaterra a partir da implantação de “Centros de saúde primários”, vinculados a distritos, que deveriam ser instituições preparadas para prover serviços de medicina curativa e preventiva por meio de médicos generalistas (*general practitioners*).

Os Centros de Saúde Primários funcionariam como uma porta de entrada para o restante do sistema de saúde, também constituído por centros de saúde secundários, unidades de serviços suplementares e um hospital universitário (*teaching hospital*), que treinaria novos profissionais e trataria agravos à saúde mais raros e/ou complexos. O Sistema Nacional de Saúde inglês (*National Health System – NHS*), fundado em 1948, organizou os serviços de saúde daquele país a partir do trabalho, em centros de saúde, dos médicos generalistas – ou

general practitioners – e enfermeiros. Tal qual havia sido preconizado por Dawson, houve uma hierarquização dos serviços, que passaram a se apoiar na prática generalista dos profissionais de saúde. Os médicos generalistas constituíram-se em uma rede de médicos de família, que passou a funcionar como uma “guardiã” da entrada em outros níveis do sistema (GREENGROSS *et al*, 2002).

Na China ocorreu a maior proposta de Atenção Primária à Saúde levada a cabo antes da Conferência de Alma-Ata, em termos de volume de trabalhadores envolvidos (WHO WESTERN PACIFIC REGIONAL COMMITTEE, 1998). Iniciada no ano de 1965, foi descoberta pelo mundo nos anos de 1973 e 1974, a partir do envio de duas missões de observação compostas por analistas ocidentais, e constituiu-se em inúmeras atividades desenvolvidas pelos comitês comunais chineses – preferencialmente nas regiões rurais – visando à melhoria da saúde da população de uma forma geral (FERREIRA & BUSS, 2001).

Entre tais atividades, citam-se a organização da comunidade local, a atenção especial aos anciões, a promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras, a ajuda às escolas e serviços em geral, a organização do povo para cuidar da saúde ambiental, a realização de cuidados preventivos e tratamento, incluindo-se aqui o uso de ervas medicinais e o apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e incêndios.

A promoção de campanhas de saúde em diversos âmbitos também constituiu-se em uma importante atividade dos comitês comunais, com o objetivo de conscientizar a comunidade da importância de mobilizar-se para a execução de medidas preventivas e promotoras, tais como a limpeza das casas, ruas e quintais, a orientação de hábitos higiênicos em geral, instruções para manutenção e uso da água potável, construção de unidades rurais de saúde, preparação de insumos simples, como utensílios, pílulas e poções, controle da limpeza de locais públicos e movimentos de massa contra as “quatro pestes” (FERREIRA & BUSS, 2001).

Todas essas atividades envolviam distintos segmentos da população: homens comuns, associações de mulheres, jovens, militares, jubilados, ativistas da saúde e outros, todos liderados pelos profissionais designados como médicos descalços (WHO WESTERN PACIFIC REGIONAL COMMITTEE, 1998).

Os *médicos descalços* eram também treinados a participar constantemente das atividades agrícolas, recebendo proventos através do sistema de distribuição coletiva do regime socialista chinês. Eram estimulados também a estreitar cada vez mais seus laços com a comunidade na qual viviam e trabalhavam, sendo por elas bem recebidos (WHO WESTERN PACIFIC REGIONAL COMMITTEE, 1998).

No Canadá: uma importante contribuição para o pensamento das políticas de saúde,

na segunda metade do século XX, veio na forma de um relatório do Ministério Nacional da Saúde e do Bem-Estar Nacional daquele país. Assinado por Marc Lalonde, titular daquela pasta, o documento oficial “*A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document*”, também conhecido como Relatório Lalonde, foi publicado em 1974 e causou algum impacto ao relativizar a eficácia da medicina e da ciência em geral na manutenção de boas condições de saúde na população canadense.

Lalonde apresenta o conceito de Campo de Saúde (*Health Field*), com o objetivo de ampliar a visão corrente de saúde, reduzida, segundo o relatório, à existência de bons serviços de atendimento médico. Esse conceito traz a visão de saúde como uma consequência comum a características presentes em quatro categorias: *estilo de vida* (advinda do comportamento humano e dos seus riscos autoimpostos), *condições biológicas* (relacionadas ao genótipo dos indivíduos e aos diversos processos fisiopatológicos passíveis de ocorrência em um organismo complexo como o corpo humano), *ambiente* (seja social, referente às condições de trabalho ou à contaminação dos recursos naturais como ar, água e alimentos) e, por fim, *serviços de saúde* (LALONDE, 1974).

Nos Estados Unidos: discussões sobre a eficácia da estrutura vigente de serviços de saúde e o seu impacto sobre a população também ocorriam nos Estados Unidos em meados do século XX. Em 1961, um importante estudo sobre as necessidades de cuidados médicos abordou a questão ao ser publicado no *New England Journal of Medicine*. Esse artigo, intitulado *The Ecology of Medical Care*, estudou a procura dos serviços de saúde por usuários americanos, concluindo que, de cada mil pessoas com mais de dezesseis anos em uma determinada comunidade, em média, setecentas e cinquenta (75%) declaravam ter sofrido alguma espécie de mal-estar, doença ou lesão no espaço de um mês. Dessas, duzentas e cinquenta (25%) procuraram um médico uma ou mais vezes durante aquele período. Nove pessoas em média eram hospitalizadas (0,9%), cinco, referidas a outro médico ou serviço (0,5%) e apenas uma (0,1%) era encaminhada a um centro médico universitário (WHITE *et al.*, 1961).

O trabalho alertou para o pouco conhecimento do processo de tomada de decisão pelo paciente, que decide por si próprio procurar um serviço de saúde, tratar seu problema por vias alternativas ou ignorá-lo. Também chamou a atenção para a real *distribuição ecológica* do uso dos serviços e das necessidades de saúde, argumentando que ela não era levada em conta na organização dos serviços de saúde ou no treinamento de profissionais, realizado preferencialmente em hospitais universitários, com ênfase nos agravos menos prevalentes e pouca atenção ao cuidado dos problemas mais comuns. Resultaria, daí, uma certa ineficácia do sistema de saúde americano em relação às necessidades de saúde de sua população (WHITE *et*

al., 1961).

A progressiva percepção dessa *distribuição ecológica* do uso dos serviços e das necessidades de saúde, aliada a um certo descrédito quanto à fragmentação do cuidado, trouxe consigo questionamentos quanto à forma de organização dos serviços de saúde americanos, fortemente marcados por características flexnerianas, como o mecanicismo, o biologicismo, a especialização, a tecnificação do ato médico e a concentração de recursos, contraditórias em relação às reais necessidades de saúde da população.

Essas reflexões ganharam corpo e voz com o passar da década de 1960. Em 1966, comitês formados pela Associação Médica Americana se uniram a outras entidades para formar relatórios que ofereceriam as “bases da Medicina Familiar e os fundamentos de uma política federal e estatal para o financiamento da formação de médicos de família em cursos de pós-graduação” (CEITLIN, 1982 *apud* PAIM 1986). O resultado direto desse processo foi a criação, em 1969, do *American Board of Family Practice*, e o reconhecimento da Medicina Familiar como a vigésima especialidade médica americana (JORDÃO, 1995; PAIM, 1986).

A força surgida do movimento de *medicina familiar* nos Estados Unidos pode ser comprovada a partir da mudança de nome da *Academia Americana de Clínica Geral*, que passou a se chamar, em 1971 – aos vinte e quatro anos de existência – *Academia Americana de Medicina Familiar*. Essa mudança refletiu “... o desejo de enfatizar os cuidados primários de saúde orientados para a família e ganhar a aceitação acadêmica para a nova especialidade de medicina familiar” (JORDÃO, 1995).

À mesma época em que se desenvolvia a *medicina familiar* nos Estados Unidos, outro movimento começava também a ganhar forças: a *medicina comunitária*. Ao contrário do primeiro, que se baseou nos aspectos clínicos de uma nova modalidade de exercício médico, o enfoque da *medicina comunitária* se fez, sobretudo, na ação social, destinada, principalmente, aos grupos marginalizados. (DONNANGELO, 1979; SILVA JÚNIOR, 1996).

A *medicina comunitária* tinha como principal meta a expansão da cobertura de serviços de saúde, de forma a unificar uma medicina simplificada e mais barata às necessidades contextuais de combate à pobreza. Ainda que alguns autores registrem o fracasso da política social americana como um todo, devido, principalmente, a um suporte conceitual equivocado que não abordava a pobreza como um problema multifatorial (DONNANGELO, 1979), teve notória influência na concepção da Atenção Primária à Saúde (APS), presente na declaração de Alma-Ata.

2.1.2 Alma-Ata

O surgimento de diversas experiências de cuidados primários em todo mundo fizeram com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentasse, na década de 1970, o debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde a todos os que não possuíam alguma forma de assistência. Reconhecendo a dificuldade de se garantir esses objetivos por meio do acesso amplo e irrestrito aos serviços médicos – o que geraria custos impraticáveis aos sistemas nacionais de saúde – procurou-se estimular a discussão de meios capazes de cumprir o objetivo da extensão dos cuidados à saúde, bem como de experiências alternativas de cuidados primários existentes à época.

Devido a essa diretriz, os anos de 1977 e 1978 puderam presenciar várias reuniões que tinham por tema a Atenção Primária em Saúde (APS), ocorridas em todo o mundo. Esses encontros forneceram subsídios diretos, por meio de discussões e documentos elaborados em plenárias finais, para uma futura Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, cuja realização já havia sido preconizada pela Organização Mundial da Saúde por meio de inúmeras resoluções, que indicavam a necessidade da celebração de um evento de caráter internacional com o objetivo de intercambiar ideias e experiências sobre o desenvolvimento da APS, bem como sobre a organização e suporte a uma assistência sanitária completa e eficaz para toda a população (OMS, 1978).

Atendendo a um convite do governo soviético, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde foi realizada na cidade de Alma-Ata, no Casaquistão, entre os dias seis e doze de setembro de 1978. Organizada conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência foi assistida por delegações de 134 governos e representantes de 67 organizações não-governamentais, organismos especializados e instituições vinculadas às Nações Unidas.

A conferência teve como objetivos: a) promover o conceito de Atenção Primária à Saúde em todos os países; b) intercambiar experiências e informações sobre a organização da APS em alguns sistemas e serviços nacionais de saúde; c) avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, bem como sua relação com a APS e o potencial de melhora dos sistemas nacionais de saúde com o estabelecimento de uma política de APS; d) definir os princípios da APS e as formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgiriam; e) definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral; f) formular recomendações para esse desenvolvimento (OMS, 1978).

Como ponto de partida para o enfoque estratégico e operacional, foram discutidas e apresentadas três declarações a respeito da saúde: a primeira considerava a saúde como um direito fundamental do ser humano; a segunda definia saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades; a terceira descrevia como inaceitável o estado de saúde de centenas de milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo o informe oficial da conferência, mais da metade da população mundial não recebia assistência à saúde adequada à época do evento (OMS, 1978).

Tendo em vista tais declarações, bem como a constatação de insuficiência de recursos e sua distribuição injusta entre os países e dentro deles, os participantes foram convidados a pensar nos problemas de saúde – e da assistência a ela – a partir de novos critérios, que visassem à redução do abismo entre privilegiados e excluídos, uma distribuição mais equitativa dos recursos e o alcance de um nível de saúde que permitisse a todas as pessoas desfrutar de uma vida social e economicamente produtiva. Como resultado, definiu-se o conceito de Atenção Primária à Saúde da seguinte forma:

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978).

Dois documentos resultaram da conferência: a *Declaração de Alma-Ata* e as *Recomendações de Alma-Ata*, que consistem em vinte e duas diretrizes para o desenvolvimento e a implantação da Atenção Primária na forma preconizada naquela declaração. Outro importante resultado do evento foi a reafirmação e a divulgação da meta “Saúde para todos no ano 2000”, adotada pela OMS no ano anterior.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. 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. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Em setembro de 1978, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, atual capital do Cazaquistão. Essa conferência resultou na Declaração de Alma-Ata, que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (OMS, 1978; LAWN *et al.*, 2008; IVBIJARO, 2008).

De acordo com essa declaração, ações dos diferentes atores internacionais, no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países, deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, são condições primordiais para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (OMS, 1978; LAWN *et al.*, 2008; IVBIJARO, 2008).

Paralelamente a esse acontecimento global, o Brasil passava por um momento histórico de redemocratização, que alcançou, entre seus marcos, o fim do governo militar e a promulgação de uma nova Carta Magna, em 1988, denominada de Constituição Cidadã. Nesse contexto, relevantes atores nacionais, com a participação de lideranças políticas, profissionais de saúde, intelectuais e movimentos estudantis e sindicais, agrupados no movimento da Reforma Sanitária, promoveram debates e reflexões que culminaram na transformação dos modelos de gestão e atenção à saúde. Como consequência, findou-se o modelo assistencial individualista, segmentado e com forte influência do atendimento médico privado, dando lugar ao SUS, público, universal e gratuito (MOLINA, 2018).

A Conferência Internacional realizada em Alma-Ata definiu a APS como chave para

a implementação de um sistema de saúde que promova o desenvolvimento social e a saúde como direito (OMS, 1978; LAWN *et al.*, 2008; IVBIJARO, 2008). As recomendações de Alma-Ata, ao lado de estudos que demonstram maior efetividade e eficiência de sistemas baseados numa APS forte, influenciaram o sistema de saúde brasileiro no sentido de priorizar um maior investimento na APS, especialmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos 1990 (STARFIELD *et al.*, 2002; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Com o SUS, a APS, ou atenção básica à saúde, conforme denominada pela política brasileira, foi instituída como principal porta de entrada no sistema e como responsável pela ordenação do cuidado integral e articulação com as redes de atenção à saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

A criação do SUS, pela lei 8.080, foi o maior movimento de inclusão social da história do Brasil. O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo com acesso universal a serviços e ações de promoção da saúde. Um sistema assegurado na Constituição Federal (CF) de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilite o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (MOLINA, 2018).

A reorganização do SUS, a partir da ampliação de sua rede de serviços de APS, por meio do PSF, implantado em 1994, e aprimorado nos anos subsequentes se tornando uma estratégia permanente, a ESF, em 1996, constituiu o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da APS no Brasil, trazendo avanços importantes na saúde e nas condições de vida da população brasileira (FACCHINI *et al.*, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Estudos demonstram que a ESF teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, e sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para a população vulnerável do ponto de vista socio-sanitário (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2006; BEZERRA FILHO *et al.*, 2007; MACINKO *et al.*, 2007; PICCINI *et al.*, 2007; FACCHINI *et al.*, 2008; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; MACINKO; MENDONÇA, 2018). Esses estudos mostraram outros efeitos significativos da APS, especialmente da ESF, na melhoria da saúde da população brasileira (BEZERRA FILHO *et al.*, 2007; PICCINI *et al.*, 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; FACCHINI *et al.*, 2008; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Até 2006, a APS era regulada por inúmeras portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) para apoiar o processo de descentralização do sistema por meio de

incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiros. Dentre esses normativos, destaca-se a publicação pelo MS, em 1996, da Norma Operacional Básica, iniciativa determinante para a implantação das equipes do PSF, que modificava completamente a lógica de financiamento e permitia a maior mudança do modelo assistencial vista até então. Assim, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB fixo) e dos incentivos, o PSF passou a ter orçamento próprio, de modo a viabilizar sua expansão no país (BRASIL, 2006a; MENDES; MARQUES, 2014).

Em 2006, o governo federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, tendo por base os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando esse modelo como prioritário na condução da APS. Nesse aspecto, o Pacto pela Vida definiu como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006a; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

A PNAB de 2006 deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema (BRASIL, 2006a). Além disso, o seu texto incorporou e difundiu no país os atributos da APS, tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural (STARFILED, 2002; BRASIL, 2006a), definindo ainda os princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006a).

Como parte inerente ao processo de formulação de políticas públicas e a partir da necessidade de adequação aos novos serviços, aliada também à demanda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a PNAB passou por duas revisões, em 2011 e 2017. Observa-se que as suas três edições ocorreram em governos distintos, caracterizados por contextos socioeconômicos diferentes, além dos vários programas que atravessaram o seu período de vigência terem sido incorporados nas edições subsequentes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2017; MELO *et al.*, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

A edição de 2011, embora tenha reafirmado as diretrizes da edição anterior, flexibilizou a carga horária da categoria médica, com a possibilidade de trabalho por 20 ou 30 horas semanais, visando a suprir o *deficit* desses profissionais nas equipes. Há o reconhecimento

de que a ESF para a população ribeirinha e fluvial, a equipe de Consultório na Rua, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde foram inclusões importantes desse processo de revisão da política para a ampliação do acesso e o fomento à resolutividade da atenção em saúde (MELO *et al.*, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020). A execução das ações de APS também passou a ser responsabilidade da gestão municipal, amparando-se no exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe (BRASIL, 2012; MENDES, 2010; MENDES, 2011).

É válido recordar que houve propostas posteriormente à segunda edição da PNAB, tais como o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool, do inglês *Primary Care Assessment Tool*), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), o Requalifica UBS, o PROVAB e o PMMB, com a finalidade de avaliação de serviço, qualificação da estrutura física e do processo de trabalho por meio de ofertas educacionais, provimento e fixação de profissional, aliado ao apoio institucional do MS ao conjunto dos estados e municípios (BARA *et al.*, 2015; FAUSTO *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Várias evidências embasam a APS como ordenadora de um sistema de saúde, isto é, que os serviços que conformam as RAS sejam estruturados de acordo com as necessidades de saúde da população, identificadas pelas equipes de APS (STARFIELD, 2002; MENDES, 2010; MENDES, 2011). Nesse sentido, a Portaria nº 4.279 do MS, de 30 de dezembro de 2010, reafirma o papel ordenador da APS no SUS, ao afirmar que a Rede de Atenção à Saúde é caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010a). Mais recentemente, a Portaria nº 3.566, de 19 de dezembro de 2019, definiu o quantitativo de 45.796 equipes de saúde de família e 28.980 de equipes de saúde bucal, compostas por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais, sendo responsáveis pelo cuidado de mais da metade da população (BRASIL, 2019).

Países com APS forte, como a Inglaterra, apresentam melhores indicadores de saúde, com menores investimentos em saúde em relação a países com APS fraca (como os Estados Unidos da América) (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2006). Dessa forma, as iniciativas para o fortalecimento da ESF no Brasil apresentaram como objetivo a qualificação do cuidado ao usuário do SUS, sendo a APS a porta de entrada

preferencial do SUS e o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2018a).

2.3 FORMAÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA PARA EXERCEREM O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A MFC é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários, isto é, os cuidados são prestados por médicos pessoais, responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os usuários dos serviços de saúde que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Dessa forma, a MFC cuida de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando a autonomia do usuário (ANDERSON *et al.*, 2007; WONCA, 2002).

Desde 1976, embora ainda não tivesse o nome de Medicina de Família e Comunidade, a especialidade vem trilhando a busca de espaço como a especialidade responsável pelo cuidado médico na APS. Data dessa época o surgimento das três primeiras iniciativas de formação da especialidade Medicina Geral e Comunitária: o Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul; o Projeto Vitória, em Vitória de Santo Antão, Pernambuco; e o Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Em novembro de 1981, é criada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC). Cinco anos mais tarde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1986, reconhece a especialidade e a SBMGC como sua representante (FALK, 2004; CAMPOS; IZECKSOHN, 2010;).

O reconhecimento de uma especialidade médica é hoje definido por uma comissão mista com representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo atualmente reconhecidas 55 especialidades e 59 áreas de atuação (CFM, 2018). No Brasil, são duas as formas de se obter o título de especialista em uma dessas especialidades: concluir um Programa de Residência Médica (PRM) ou por exames aplicados periodicamente pelas sociedades de especialidades filiadas à AMB que possuam poder para oferecer titulação de especialista, de acordo com a Comissão Mista de Especialidades (SCHEFFER, 2013). Porém, a RM é considerada o padrão-ouro na formação de médicos especialistas no país (BRASIL, 2011).

A MFC pode ser definida como uma especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente às pessoas, às suas famílias e à comunidade no âmbito de uma equipe multidisciplinar (ANDERSON *et al.*, 2007; GUSSO; LOPES; DIAS,

2012). Sendo assim, o perfil do médico de família e comunidade deve apresentar a capacidade de oferecer um cuidado abrangente e integral (desde a prevenção e promoção até os cuidados paliativos), zelo pela continuidade da atenção, com a construção de vínculos com os pacientes, a responsabilização pela coordenação da assistência (considerando o fato dos recursos locais serem limitados), a inserção respeitosa na cultura da comunidade e o compromisso com o aprimoramento contínuo de seu exercício profissional (ANDERSON *et al.*, 2007; WONCA, 2012). O investimento na valorização da especialidade em MFC é importante estratégia a ser empreendida pelos gestores, como remuneração e condições de trabalho adequados e uma boa retaguarda da atenção secundárias, além da valorização da titulação para o exercício da especialidade, visto que uma boa resolutividade na atenção primária depende da formação adequada desse especialista nas particularidades da assistência à família e à comunidade (ANDERSON *et al.*, 2007; CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; ALESSIO; SOUSA; 2016).

Nesse aspecto, a consolidação do modelo com a APS, sendo a principal porta de entrada para demais serviços de saúde, avançando em seu papel como ordenadora das redes de atenção e na gestão e coordenação do cuidado do usuário (MENDES, 2010; CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; MENDES, 2011), o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, especialmente nos PRM, deve considerar a necessidade de médicos especialistas indicadas pelo perfil sócio epidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; BRASIL, 2011; ALESSIO; SOUSA, 2016). Globalmente, investimentos estão sendo encorajados no sentido de a formação de recursos humanos em saúde ser integrada aos sistemas de saúde locais e voltada às suas necessidades. Além disso, os campos de prática de formação devem ser as unidades básicas de saúde da APS, induzindo um maior comprometimento social dos profissionais de saúde (FRENK *et al.*, 2010), sendo que a OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) sugerem como meta que a proporção de médicos na APS ultrapasse 40% do total da força de trabalho (OPAS; OMS, 2007).

Porém, no Brasil, a expansão das equipes de ESF não foi inicialmente acompanhada da ampliação de vagas em PRMFC na mesma proporção (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; ANDERSON *et al.*, 2007; SCHEFFER, 2013), o que era preocupante para a manutenção dessas equipes, uma vez que um sistema de saúde que não possui uma APS com médicos com treinamento adequado tende a ter baixa qualidade e resolutividade na atenção à saúde de seus usuários. De fato, os países mais orientados para a APS têm populações com melhores níveis de saúde, sendo os serviços de saúde oferecidos com menor custo, havendo maior satisfação dos usuários e ainda redução da desigualdade social. Tais efeitos são garantidos pelos elementos

essenciais de uma APS de qualidade: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e atenção individual com foco na família e comunidade. (STARFIELD, 1994; GREEN *et al.*, 2001; STARFIELD *et al.*, 2002; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; BEZERRA FILHO *et al.*, 2007; PICCINI *et al.*, 2007; RAWAF; DE MAESENEER.; STARFIELD, 2008; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; FACCHINI *et al.*, 2008; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Nesse contexto, desde em 2013, foi instituída a Estratégia de Qualificação das RAS, incentivando a expansão dos PRMFC no Brasil (BRASIL, 2013a). Assim, esses programas foram formulados com o objetivo de formar médicos qualificados na área clínica, com conhecimentos e habilidades em prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes e ainda, com o propósito de implantar medidas que promovam a rotina organizacional e aplicabilidade dos programas de saúde. Em consonância com os princípios do SUS, a RMFC visa a atender os princípios da universalidade, efetividade e resolubilidade dos problemas em saúde da população (ANDERSON *et al.*, 2007; CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; FACCHINI *et al.*, 2016).

2.4 RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM PALMAS

O PRMFC da FESP iniciou suas atividades em 2014, ofertando quinze vagas anualmente. Desde o início, o programa ocorreu de uma parceria entre o PRMFC da Universidade Federal do Tocantins (UFT), a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, Tocantins (SEMUS) e a Secretaria Estadual da Saúde do Tocantins (SESAU-TO). Em 2017, foi aprovada a ampliação do programa para 20 vagas anuais. Ademais, com o intuito de intensificar esforços para aumentar o número de especialistas em MFC no Tocantins, os dois PRMFCs (UFT e SEMUS) selaram parceria para condução de seus programas de forma unificada. O campo de práticas dos residentes é o SUS, no âmbito do município de Palmas, TO, incluindo os Centros de Saúde da Comunidade (CSC), ambulatórios da SEMUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como as instituições hospitalares vinculadas à SESAU-TO. O apoio pedagógico do Programa se faz pela UFT. Além disso, a SEMUS, por meio do Sistema Integrado Saúde-Escola (SISE), oferta bolsas de pesquisa que complementam a renda dos residentes. Dessa forma, o residente de MFC recebe uma bolsa do MS e outra bolsa complementar, financiada pelo município de Palmas (FESP, 2021).

Outra inovação a ser salientada é a articulação dos PRMFC com o Programa Integrado

de Residência em Saúde (PIRS) da SEMUS. O PIRS é vinculado à Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade Luterana do Brasil (COREMU ULBRA) e oferta 34 vagas de residência para profissionais de saúde, como enfermeiros, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e educadores físicos. Nesse aspecto, os PRMFCs e o PIRS estão integrados mediante diversas atividades teóricas e práticas, que favorecem a formação de um profissional médico mais apto ao trabalho em equipe, estando, portanto, o PRMFC da FESP, inserido em um ambiente de cooperação e integração multiprofissional, que facilita o processo de integração entre ensino e serviço e favorece a padronização de uma rotina de trabalho focada na aplicação de políticas públicas dos serviços de saúde, assim como na melhoria da qualidade da assistência prestada à população (FESP, 2021).

2.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - QUESTIONÁRIO DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB

Avaliação é a coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de interessados, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo, quais são seus resultados e como pode ser ajustado (PATTON, 1990). Consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes. Seu objetivo é proceder de modo a que os seus diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção, para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSELLE *et al.*, 2011).

No Brasil, o incentivo à avaliação da qualidade dos serviços da APS contribui para a melhoria dos serviços e à expansão da atenção ao cuidado. Avaliar relevante para investigar as políticas e práticas, e isso é reconhecido em nível internacional, pois através de documentos, diretrizes e publicações científicas, é possível produzir um impacto maior nos sistemas de saúde que estão diretamente ligados a APS (CASTANHEIRA *et al.*, 2011). A PNAB define a APS como um conjunto de ações "de caráter individual e coletivo", envolvendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios delimitados, com a utilização de tecnologias de "elevada complexidade e baixa densidade". Assim organizada, deve ser capaz de responder aos problemas de saúde de maior

frequência e relevância em cada território, sendo, por isso, o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde ao qual está integrada.

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

A definição da APS adotada pelo SUS expressa duas dimensões: uma mais imediatamente vinculada à organização interna do trabalho, quando se refere à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a comunidade e com cada usuário; e outra com vistas à relação que estabelece com o sistema, quando se refere ao seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde mas, também, com outros setores de políticas sociais, e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

A efetivação dessas proposições depende, evidentemente, do modo de operar as práticas no cotidiano dos serviços, ou seja, do modo como a APS atua diretamente nos cuidados de saúde da população a que assiste. Depende, assim, da existência de mecanismos político-institucionais, organizacionais e tecnológicos que tornem possível sua objetivação em práticas de saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

O programa de avaliação e monitoramento da atenção básica QualiAB tem como foco a organização das práticas no cotidiano dos serviços, ou seja, o modo como o serviço atua diretamente nos cuidados de saúde da população a que assiste, como apontado anteriormente. A priorização dessas dimensões mais propriamente tecnológicas atende à necessidade imposta pelo heterogêneo contexto atual da APS. Reafirma ainda o papel determinante dos modelos tecnológicos sobre os resultados e impactos da atenção à saúde, ou, em outros termos, sobre como o trabalho concretamente realizado compreende e responde às necessidades de saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

A abordagem avaliativa do QualiAB é focada no cotidiano dos gerentes e profissionais que atuam diretamente no cuidado dos usuários do serviço de saúde, tomando por objeto a organização do processo de trabalho enquanto base material definidora dos atributos de qualidade do serviço. O QualiAB procura situar-se nos limites entre uma avaliação normativa – com a quantificação de elementos formais que apontem para as condições do êxito técnico – e uma avaliação formativa – aquela que enfatiza o aprendizado, que produz, para os sujeitos implicados na avaliação, informações que contribuam para a superação de obstáculos

identificados (NEMES *et al.*, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

As atividades de formação desenvolvidas pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Palmas visam primordialmente a fortalecer o papel da APS como ordenadora da RAS, por uma prática com uma visão mais ampla e integrada acerca das políticas de saúde, apontando para a necessidade de que, tanto a formação quanto o desenvolvimento da prática profissional devem ser construídos tomando-se os processos de ensino-aprendizagem de forma mais dinâmica e próxima da realidade local. A avaliação de modelos e serviços de saúde é fundamental: possibilita reordenar, planejar e criar ações que contribuam para desenvolver práticas mais condizentes com as demandas dos usuários e com as características técnicas do sistema de saúde.

Ressalta-se ainda que a implementação de estratégias educativas que auxiliem os profissionais residentes terá impacto nas ações de atenção primária à saúde, ampliando a resolutividade e qualificando os encaminhamentos, proporcionando um melhor atendimento clínico ao usuário, possibilitando o acesso mais organizado e oportuno aos pontos da rede de atenção, favorecendo assim a utilização eficiente dos recursos disponíveis. Considerando isso, está justificada a estruturação do PRMFC.

Por sua natureza pedagógica, representa a valorização dos serviços como espaços privilegiados para a formação profissional, significando oferecer aos trabalhadores a oportunidade de compreender e potencializar uma formação comprometida com a defesa dos Princípios e das Diretrizes do Sistema Único de Saúde. O objetivo do PRMFC da FESP é formar profissionais especialistas em MFC com perfil crítico e reflexivo, com potencial de se tornarem importantes atores no processo de aperfeiçoamento da APS do Estado. Dessa forma, esse estudo procurou avaliar se as unidades que possuem PRMFC podem estar associadas a uma melhora na qualidade na atenção básica à saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Comparar a qualidade na atenção básica à saúde de Unidades Básicas de Saúde com e sem desenvolvimento de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Palmas, Tocantins.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Comparar a qualidade na atenção básica à saúde quanto à gestão e ao gerenciamento local de Unidades Básicas de Saúde com e sem desenvolvimento de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Palmas, Tocantins.
- Comparar a qualidade na atenção básica à saúde quanto à gestão da atenção à saúde de Unidades Básicas de Saúde com e sem desenvolvimento de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Palmas, Tocantins.
- Comparar as percepções dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde com e sem desenvolvimento de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Palmas, Tocantins, quanto à qualidade da atenção básica à saúde nos diferentes ciclos da vida: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, e saúde do adulto e da pessoa idosa.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, realizado de agosto de 2020 a julho de 2021, por meio de entrevistas com médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gestores e outros profissionais de saúde que atuavam nas dezesseis UBSs com localização urbana do município de Palmas, TO.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Palmas, capital do estado do Tocantins, inaugurada em 20 de maio de 1989, é a última cidade brasileira planejada no século 20, possuindo uma área estimada de 2.218.942 km², uma população estimada de 299.127 pessoas, com densidade geográfica de 102,90 hab/km² (IBGE, 2019). Está localizada na região Norte do Brasil, via obrigatória de acesso entre as regiões Norte e Sul do País. Pela Capital e entorno passam os grandes projetos estruturantes, como a Ferrovia Norte-Sul, hidrovía Araguaia-Tocantins e BR-153.

Atualmente, Palmas possui 86 unidades de ESF, 76 equipes de saúde bucal, 1 equipe de consultório na rua, 13 equipes de NASF e 489 ACS, divididos em 34 Centros de Saúde da Comunidade (CSC) (e-gestorab.saude.gov.br).

Dentro desse universo, fizemos um recorte para este estudo, escolhendo 16 UBS, distribuídas em cinco territórios: (1) Território Kanela: CSC 405 Norte, CSC 409 Norte, CSC 403 Norte e CSC 503 Norte, (2) Território Apinajé: CSC 108 Sul e CSC Loiane Moreno Vieira, (3) Território Xambioá: CSC 712 Sul e CSC 806 Sul, (4) Território Krahô: CSC Satilo Alves de Sousa, CSC 1206 Sul, CSC 1004 Sul e CSC 1304 Sul, (5) Território Javaé: CSC José Hermes Rodrigues Damaso, CSC Bela Vista, CSC Morada do Sol e CSC Santa Fé. Dessas unidades, oito UBS dispõem de residência em Medicina de Família e Comunidade. Não fizeram parte do estudo as UBS localizadas em zonas rurais, o que veremos no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Relação das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e total de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Palmas, Tocantins, no ano de 2020

TIPO	NOME	TERRITÓRIO	Total de equipes de ESF
UBS com PRMFC	409 Norte	Kanela	2
	403 Norte	Kanela	3
	Loiane M. Vieira	Apinajé	3
	806 Sul	Xambioá	3
	Valéria M. Pereira	Khahô	3
	CSC 1304 Sul	Khahô	2
	CSC José Hermes R. Damaso	Javaé	2
	Morada do Sol	Javaé	3
UBS sem PRMFC	CSC 503 N	Kanela	2
	CSC 405 N	Kanela	2
	CSC 108 Sul	Apinajé	3
	CSC 712 Sul	Xambioá	2
	CSC Satilo A. de Souza	Khahô	3
	CSC Albertino Santos	Khahô	3
	CSC Bela Vista	Javaé	2
	CSC Santa Fé	Javaé	2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Tocantins.

5.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foi realizada uma amostragem por quotas, nas quais os profissionais foram abordados nas unidades de saúde no momento da visita do pesquisador. Para definição da quantidade mínima de profissionais a ser entrevistada em cada UBS, foram definidas cotas, de acordo com as categorias profissionais, tendo como intenção obter a resposta de pelo menos um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de enfermagem, um ACS e um coordenador de equipe em cada unidade.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa servidores médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS e coordenadores de equipe, de ambos os sexos, sem limite de idade, lotados

em uma das 16 UBS localizadas na zona urbana de Palmas, TO, conforme lista emitida pelos Recursos Humanos da SEMUS.

5.3.2 Critérios de exclusão

Seriam excluídas respostas aos questionários de forma incompleta, com mais de 10% de questões não respondidas. Porém não houve nenhuma exclusão por esse motivo.

5.4 COLETA DE DADOS E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

O instrumento de pesquisa foi entregue pela pesquisadora aos profissionais para autopreenchimento na UBS, no momento de sua visita, e recolhido em momento posterior. Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, sendo que uma foi entregue ao participante da pesquisa e a outra foi arquivada com o pesquisador principal.

O instrumento era composto por dois questionários: um questionário sociodemográfico (Apêndice A), que incluía a idade, sexo, categoria profissional, grau de escolaridade e UBS onde o profissional atuava; e o questionário do Sistema de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica QualiAB (Anexo A), conforme atualização de 2016. Esse instrumento apresenta 115 questões para autoaplicação por profissionais de equipes dos serviços de APS, sendo 86 itens de múltipla escolha, 23 de escolha única, 5 de preenchimento numérico e uma questão aberta ao final, que não foi incluída nas análises posteriores, uma vez que ela se relaciona à avaliação dos respondentes acerca do instrumento.

A partir do QualiAB podem ser definidos um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que podem ser agrupados em duas dimensões: (1) Gestão e Gerenciamento Local, que inclui os domínios Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos, Informação, Planejamento e Avaliação, e Coordenação do Trabalho, e (2) Gestão da Atenção à Saúde, que inclui os domínios Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, Educação em Saúde, e Seguimento Programático.

Quadro 2 - Dimensões, Domínios e Subdomínios do instrumento Sistema de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica QualiAB e questões correspondentes

Dimensão	Domínio	Subdomínio	Questões	
Gestão e Gerenciamento Local	Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos	-	16, 17, 18, 19, 20, 22 (22.1-22.6) e 23	
	Informação, Planejamento e Avaliação	-	97, 98, 99, 100, 101, 103	
	Coordenação do Trabalho	Gestão da Unidade		105, 106, 107, 108, 111, 112
		Qualificação Profissional		109 (109.1-109.9)
		Organização do Fluxo Assistencial		21, 28, 29, 30, 31
	Gestão da Atenção à Saúde	Educação em Saúde	-	24, 25, 26, 27
Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social		-	75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91	
Seguimento Programático		Saúde da Mulher		32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50
		Saúde da Criança e do Adolescente		51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
		Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa		61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73
		Saúde Bucal		93, 94, 95

Fonte: CASTANHEIRA *et al.*, 2016.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para cada item que compunha as questões do instrumento QualiAB, foi atribuído um valor de zero a dois, de acordo com a adequação do item quanto à oferta de um serviço com

qualidade na ABS, sendo zero para a pior adequação e dois para a melhor adequação. Posteriormente, para as respostas de cada profissional, determinou-se uma pontuação em percentual para cada questão a partir da soma das pontuações atribuídas nas respostas dos profissionais a cada item, em comparação ao total de pontos possíveis na soma de todos os itens da questão.

Para avaliação das UBS quanto ao escore geral do instrumento QualiAB, suas dimensões, domínios e subdomínios, foi adotada a classificação adaptada em quartis, sendo o quartil 1 (Q1) o melhor quartil e o quartil 4 (Q4) o pior quartil. Esses quartis foram obtidos a partir da média da pontuação em percentual de cada profissional de saúde atuante na UBS que respondeu o questionário de acordo com os critérios a seguir:

- Q1 – pontuação média de 75,0% a 100% do total de pontos possíveis;
- Q2 – pontuação média de 50,0% a 74,9% do total de pontos possíveis;
- Q3 – pontuação média de 25,0% a 49,9% do total de pontos possíveis; e
- Q4 – pontuação média abaixo de 25,0% do total de pontos possíveis.

Teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Liliefors foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Variáveis quantitativas com distribuição normal foram expressas como média e desvio padrão (DP). Variáveis quantitativas sem distribuição normal foram expressas como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As variáveis qualitativas ou categóricas foram expressas como frequência e distribuição de proporções (%).

Para comparação entre as UBS com e sem PRMFC quanto às classificações em quartis, de acordo com o escore geral do instrumento Sistema de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica QualiAB e suas dimensões, seus domínios e seus subdomínios, foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher, conforme o caso.

Para comparação dos escores quanto à qualidade da ABS na saúde da criança e do adolescente, na saúde da mulher, e na saúde do adulto e da pessoa idosa de acordo com as percepções dos profissionais das UBS, foi utilizado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, visto que essas variáveis não apresentavam distribuição normal.

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* 20.0 para Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). O nível de significância estatística foi definido como um valor de p menor ou igual a 0,05.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/CAEE 38810320.9.0000.5553 em 17/12/2020 (Anexo B). Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa, o pesquisador apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido, esclarecido e assinado em duas vias, sendo ainda informado que a participação era voluntária.

6 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características dos profissionais de saúde e das UBS incluídas no estudo. Foram incluídos 98 profissionais de saúde de 16 UBS, todas com equipe de Estratégia de Saúde da Família. Das UBS, seis eram de localização periférica (duas com PRMFC e quatro sem PRMFC, $p = 0,302$). Dos profissionais de saúde, 18 eram médicos (18,4%), 18 enfermeiros (18,4%), 16 dentistas (16,3%), 16 ACS (16,3%), 16 técnicos de enfermagem (16,3%), dois assistentes sociais (2,0%) e 12 exerciam outras funções (14,3%). Metade dos profissionais atuava em UBS com PRMFC ($n=48$).

Tabela 1 - Caracterização das unidades básicas de saúde (UBS) ($n=16$) e dos profissionais de saúde ($n=98$)

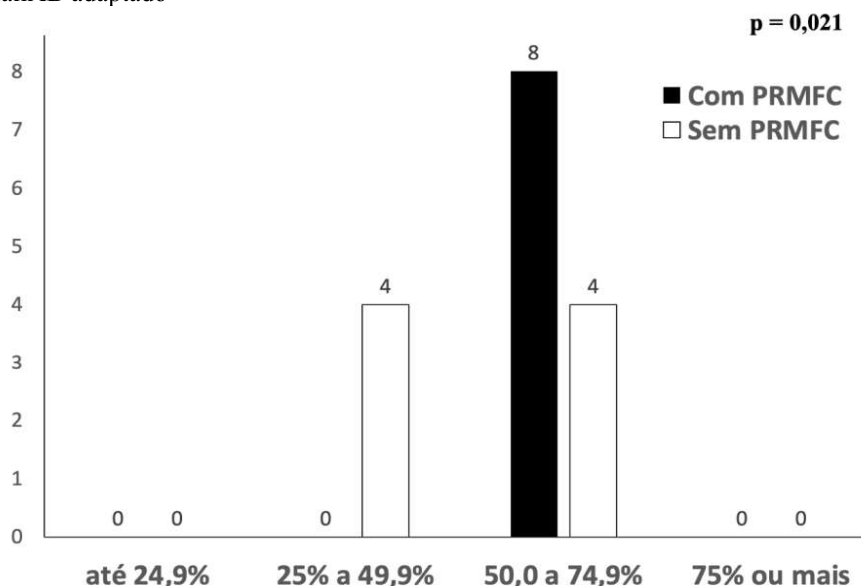
Unidades Básicas de Saúde (n=16)	
Equipe de Estratégia Saúde da Família, n (%)	16 (100,0)
Localização Periférica, n (%)	6 (37,9)
Profissionais de Saúde (n=98)	
Categoria Profissional, n (%)	
Medicina	18 (18,4)
Enfermagem	18 (18,4)
Odontologia	16 (16,3)
Agente Comunitário de Saúde	16 (16,3)
Técnico de Enfermagem	16 (16,3)
Coordenadores	16 (16,3)
Atua em UBS com PRMFC, n (%)	49 (50,0)
UBS na qual atua	
UBS1 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS2 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS3 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS4 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS5 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS6 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS7 – com PRMFC	6 (6,1)
UBS8 – com PRMFC	7 (7,1)
UBS9 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS10 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS11 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS12 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS13 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS14 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS15 – sem PRMFC	6 (6,1)
UBS16 – sem PRMFC	7 (7,1)

Fonte: elaborado pela autora

Na avaliação da qualidade na atenção básica à saúde, de acordo com o instrumento QualiAB adaptado, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que as 8 UBS com PRMFC foram avaliadas no segundo melhor quartil

(Q2) (100,00%), enquanto 4 UBS sem PRMFC (50,00%) foram avaliadas no Q2 e 4 no Q3 (50,00%), $p = 0,021$ (Figura 1 e Tabela 2).

Figura 1 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) conforme avaliação da qualidade na atenção básica à saúde pelo instrumento QualiAB adaptado



Fonte: elaborado pela autora

Tabela 2 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) conforme avaliação da qualidade na atenção básica à saúde de acordo o instrumento QualiAB adaptado (n=16).

Quartil	Total	UBS com PRMFC (n=8)	UBS sem PRMFC (n=8)	Valor de p
Até 24,9%, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,021
25,0 a 49,9%, n, %	4 (25,00)	0 (0,00)	4 (50,00)	
50,0 a 74,9%, n, %	12 (75,00)	8 (100,00)	4 (50,00)	
75% ou mais, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	

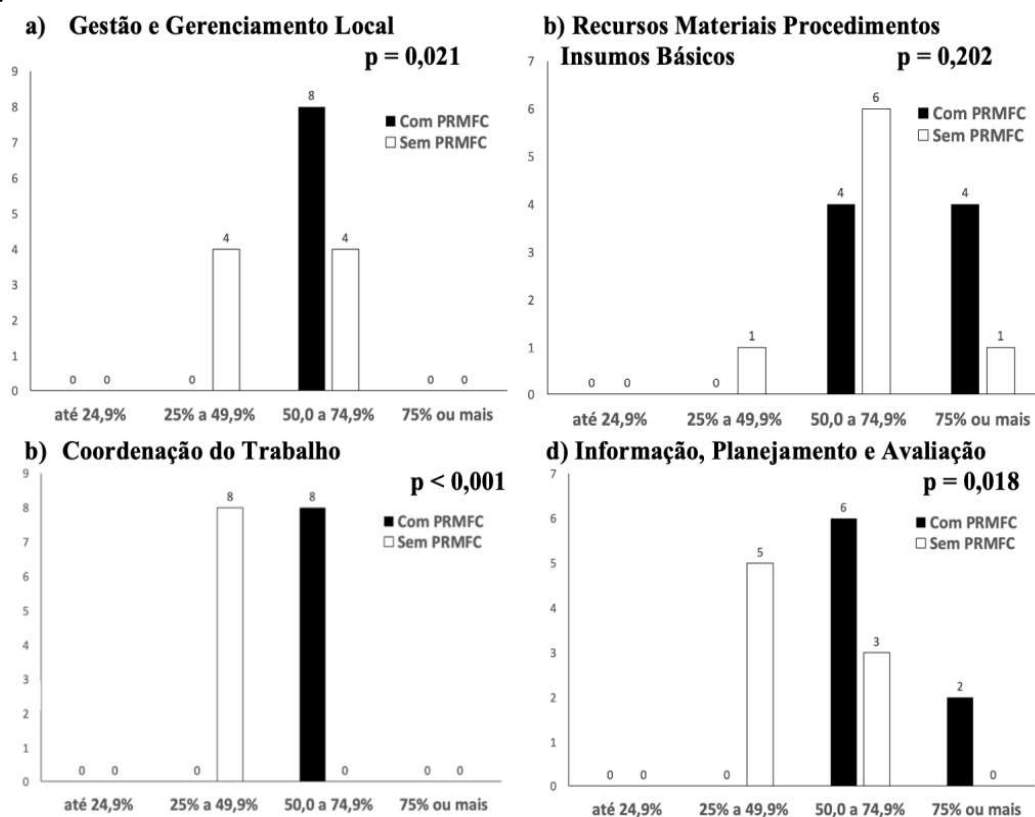
Fonte: elaborado pela autora.

6.1 GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

A Figura 2 e a Tabela 3 mostram as classificações em quartis das UBS com e sem PRMFC na dimensão “Gestão e Gerenciamento Local” e seus domínios: “Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos”, “Informação, Planejamento e Avaliação” e “Coordenação do Trabalho”. Na dimensão “Gestão e Gerenciamento Local”, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que as 8 UBS com PRMFC foram avaliadas no segundo melhor quartil (Q2) (100,00%), enquanto 4 UBS sem

PRMFC (50,00%) foram avaliadas no Q2 e 4 no Q3 (50,00%), $p = 0,021$. As UBS com PRMFC apresentaram quartis com melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC nos domínios “Informação, Planejamento e Avaliação” ($p = 0,018$) e “Coordenação do Trabalho” ($p < 0,001$), porém não houve diferença significativa no domínio “Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos” ($p = 0,202$).

Figura 2 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na dimensão Gestão e Gerenciamento Local e seus domínios (n=16).



Fonte: elaborado pela autora

Tabela 3 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios Gestão da Unidade, Qualificação profissional, e Organização do Fluxo Assistencial do instrumento QualiAB adaptado (n=16).

Quartil	Total	UBS com PRMFC (n=8)	UBS sem PRMFC (n=8)	Valor de p
Gestão e Gerenciamento Local, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	4 (25,00)	0 (0,00)	4 (50,00)	0,021
50,0 a 74,9%, n, %	12 (75,00)	8 (100,0)	4 (50,00)	
75% ou mais, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	1 (6,25)	0 (0,00)	1 (12,50)	0,202
50,0 a 74,9%, n, %	10 (62,5)	4 (50,00)	6 (75,00)	
75% ou mais, n, %	5 (31,25)	4 (50,00)	1 (12,50)	
Coordenação do Trabalho, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	8 (50,00)	0 (0,00)	8 (100,0)	<0,001
50,0 a 74,9%, n, %	8 (50,00)	8 (100,00)	0 (0,00)	
75% ou mais, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Informação, Planejamento e Avaliação, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	5 (31,25)	0 (0,00)	5 (65,00)	0,018
50,0 a 74,9%, n, %	9 (56,25)	6 (75,00)	3 (37,50)	
75% ou mais, n, %	2 (12,50)	2 (25,00)	0 (0,00)	

Fonte: elaborado pela autora

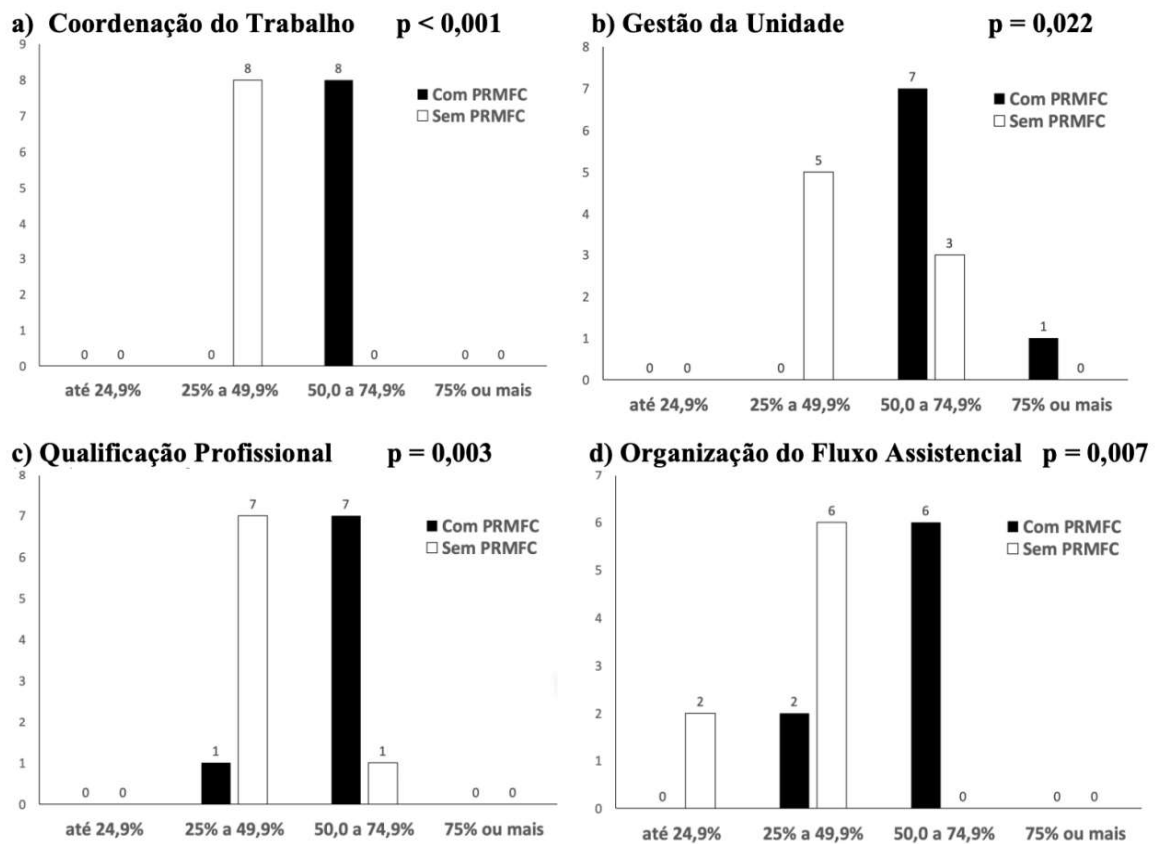
A Tabela 4 e a Figura 3 mostram as classificações em quartis das UBS com e sem PRMFC no domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios “Gestão da Unidade”, “Qualificação profissional” e “Organização do Fluxo Assistencial”. As UBS com PRMFC apresentaram quartis com melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC em todos os subdomínios da “Coordenação do Trabalho”: “Gestão da Unidade” (p = 0,022), “Qualificação Profissional” (p = 0,003) e “Organização do Fluxo Assistencial” (p = 0,007).

Tabela 4 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios Gestão da Unidade, Qualificação profissional, e Organização do Fluxo Assistencial do instrumento QualiAB adaptado (n=16).

Quartil	Total	UBS PRMFC (n=8)	com UBS PRMFC (n=8)	sem Valor de p
Coordenação do Trabalho, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	8 (50,00)	0 (0,00)	8 (100,0)	<0,001
50,0 a 74,9%, n, %	8 (50,00)	8 (100,00)	0 (0,00)	
75% ou mais, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Gestão da Unidade, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	5 (31,25)	0 (0,00)	5 (62,50)	0,022
50,0 a 74,9%, n, %	10 (62,5)	7 (87,50)	3 (37,50)	
75% ou mais, n, %	1 (6,25)	1 (12,50)	0 (12,50)	
Qualificação profissional, n, %				
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	8 (50,00)	1 (12,50)	7 (87,50)	0,003
50,0 a 74,9%, n, %	8 (50,00)	7 (87,50)	1 (12,50)	
75% ou mais, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Organização do Fluxo Assistencial, n, %				
Até 24,9	2 (6,25)	0 (0,00)	2 (25,00)	
25,0 a 49,9%, n, %	8 (50,00)	2 (25,00)	6 (75,00)	0,007
50,0 a 74,9%, n, %	6 (37,50)	6 (75,00)	0 (0,00)	
75% ou mais, n, %	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	

Fonte: elaborado pela autora

Figura 3 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Domínio Coordenação do Trabalho e subdomínios Gestão da Unidade, Qualificação profissional, e Organização do Fluxo Assistencial do instrumento QualiAB adaptado (n=16).



Fonte: elaborado pela autora

6.2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Tabela 5 e a Figura 4 mostram a classificação em quartis da UBS na dimensão Gestão da Atenção à Saúde e seus domínios: Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, Educação em Saúde, e Seguimento Programático. Na dimensão Gestão da Atenção à Saúde, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que 1 UBS com PRMFC foi avaliada no melhor quartil (Q1) (12,50%) e 7 no Q2, enquanto 2 UBS sem PRMFC (25,00%) foram avaliadas no Q2, 5 UBS no Q3 (62,50%) e 1 UBS no Q4 (12,50%), $p = 0,021$. UBS com PRMFC apresentaram quartis com melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC no domínio Educação em Saúde ($p = 0,006$). Embora tenha ocorrido uma tendência das UBS com PRMFC apresentarem um melhor desempenho nos domínios Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social e Seguimento Programático, essa diferença não foi estatisticamente significativa, $p = 0,055$ e $p = 0,078$,

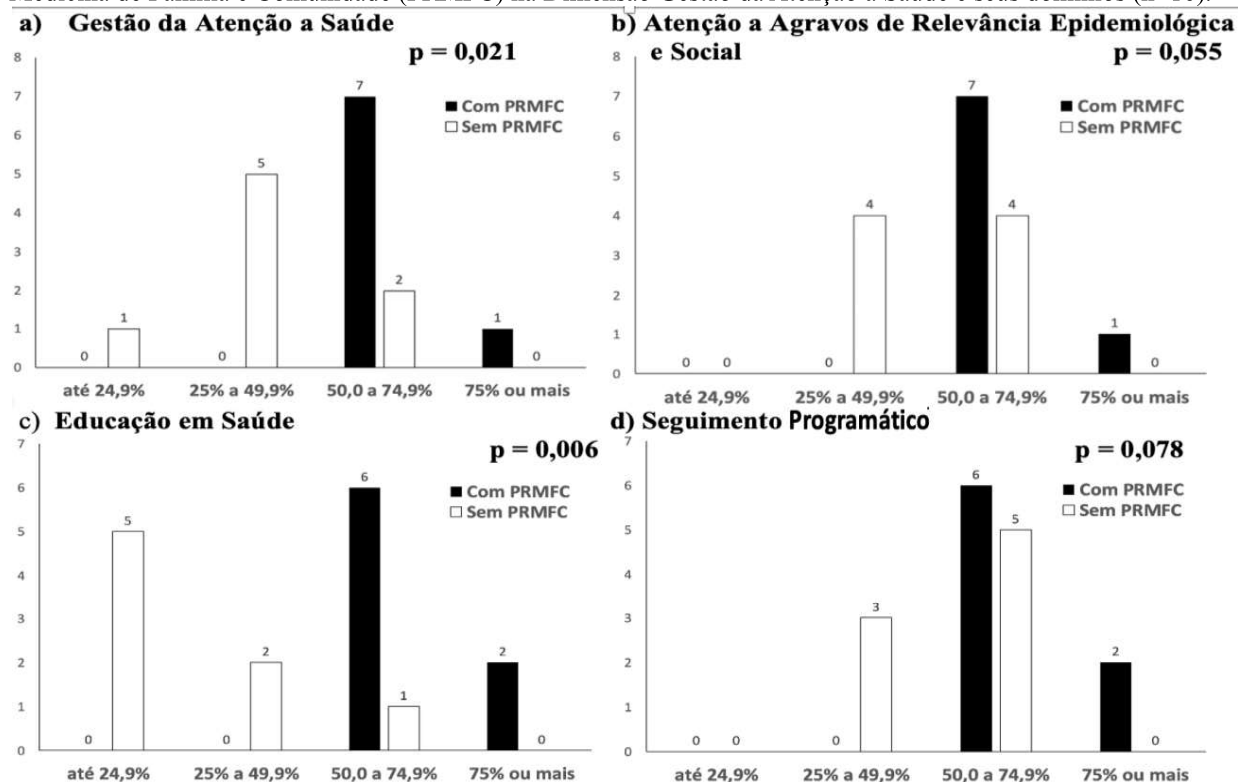
respectivamente.

Tabela 5 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na Dimensão Gestão da Atenção a Saúde e domínios Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, Educação em Saúde, e Seguimento Programático do instrumento QualisAB adaptado (n=16).

Quartil	Total	UBS PRMFC (n=8)	com UBS PRMFC (n=8)	sem UBS PRMFC (n=8)	Valor de p
Gestão da Atenção à Saúde, n, %					
Até 24,9	1 (6,25)	0 (0,00)	1 (12,50)		0,021
25,0 a 49,9%, n, %	5 (31,25)	0 (0,00)	5 (62,50)		
50,0 a 74,9%, n, %	9 (56,25)	7 (87,50)	2 (25,00)		
75% ou mais, n, %	1 (6,25)	1 (12,50)	0 (0,00)		
Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, n, %					
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)		0,055
25,0 a 49,9%, n, %	4 (25,00)	0 (0,00)	4 (50,00)		
50,0 a 74,9%, n, %	11 (68,75)	7 (87,50)	4 (50,00)		
75% ou mais, n, %	1 (6,25)	1 (12,50)	0 (12,50)		
Educação em Saúde, n, %					
Até 24,9	5 (31,25)	0 (0,00)	5 (62,50)		0,006
25,0 a 49,9%, n, %	2 (12,50)	0 (0,00)	2 (25,00)		
50,0 a 74,9%, n, %	7 (43,75)	6 (75,00)	1 (12,50)		
75% ou mais, n, %	2 (12,50)	2 (25,00)	0 (0,00)		
Seguimento Programático, n, %					
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)		0,078
25,0 a 49,9%, n, %	3 (18,75)	0 (0,00)	3 (27,50)		
50,0 a 74,9%, n, %	11 (68,75)	6 (75,00)	5 (82,50)		
75% ou mais, n, %	2 (12,50)	2 (25,00)	0 (0,00)		

Fonte: elaborado pela autora

Figura 4 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) na Dimensão Gestão da Atenção à Saúde e seus domínios (n=16).



Fonte: elaborado pela autora

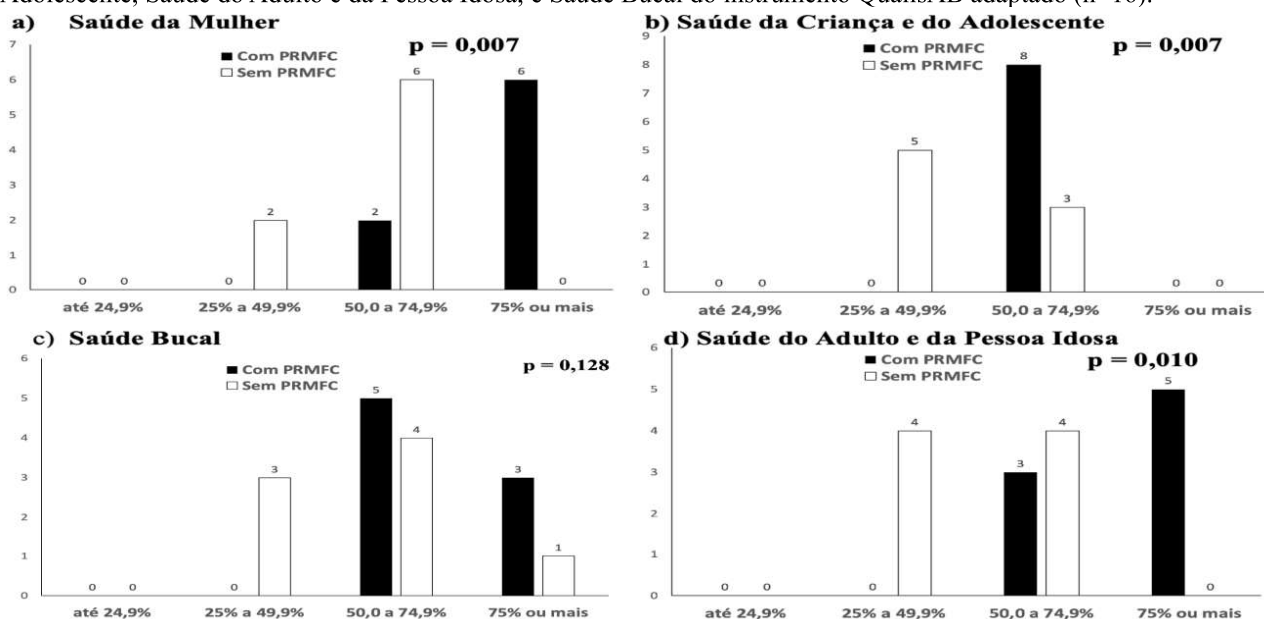
A Figura 5 e a Tabela 6 mostram as classificações em quartis das UBS com e sem PRMFC nos subdomínios do Seguimento Programático: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, e Saúde Bucal. As UBS com PRMFC apresentaram quartis com melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC nos subdomínios Saúde da Mulher ($p = 0,007$), Saúde da Criança e do Adolescente ($p = 0,007$), e Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa ($p = 0,010$). Não houve diferença significativa entre as UBS com e sem PRMFC no subdomínio Saúde Bucal ($p = 0,128$).

Tabela 6 - Comparação das unidades básicas de saúde (UBS) com ou sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) nos subdomínios Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, e Saúde Bucal do instrumento QualiAB adaptado (n=16).

Quartil	Total	UBS PRMFC (n=8)	com UBS PRMFC (n=8)	sem UBS PRMFC (n=8)	Valor de p
Saúde da Mulher, n, %					
Até 24,9	0 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)		
25,0 a 49,9%, n, %	2 (12,50)	0 (0,00)	2 (25,00)		0,007
50,0 a 74,9%, n, %	8 (50,00)	2 (25,00)	6 (75,00)		
75% ou mais, n, %	6 (37,50)	6 (75,00)	0 (0,00)		
Saúde da Criança e do Adolescente, n, %					
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)		
25,0 a 49,9%, n, %	5 (31,25)	0 (0,00)	5 (62,50)		0,007
50,0 a 74,9%, n, %	11 (68,75)	8 (100,00)	3 (37,50)		
75% ou mais, n, %	0 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)		
Saúde Bucal, n, %					
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)		
25,0 a 49,9%, n, %	3 (18,75)	0 (0,00)	3 (37,50)		0,128
50,0 a 74,9%, n, %	9 (56,25)	5 (62,50)	4 (50,00)		
75% ou mais, n, %	4 (25,00)	3 (37,50)	1 (12,50)		
Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, n, %					
Até 24,9	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)		
25,0 a 49,9%, n, %	4 (25,00)	0 (0,00)	4 (50,00)		0,010
50,0 a 74,9%, n, %	7 (43,75)	3 (37,50)	4 (50,00)		
75% ou mais, n, %	5 (31,25)	5 (62,50)	0 (0,00)		

Fonte: elaborado pela autora

Figura 5 - Distribuição em quartis das unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Medicina em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) nos subdomínios Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, e Saúde Bucal do instrumento QualisAB adaptado (n=16).



Fonte: elaborado pela autora

6.3 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NOS DIFERENTES CICLOS DA VIDA

A Tabela 7 compara os escores das percepções dos profissionais de saúde das UBS com e sem PRMFC em relação aos itens do subdomínio Saúde da Mulher. UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho do que as UBS sem PRMFC na qualidade da atenção básica à Saúde da Mulher (mediana: 78,1; IQ25-75%: 74,3-82,3 versus mediana: 56,8; IQ25-75%: 48,5-65,6, $p = 0,007$). UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho nas questões que abordaram os seguintes itens: ações planejadas e desenvolvidas com regularidade ($p=0,024$), rotina de solicitação de exame de colpocitologia ($0,038$), rotina de solicitação de exame de mamografia ($p < 0,001$), ações de rotina em gestantes de baixo risco ($p=0,003$), temas de ações regularmente desenvolvidas no pré-natal ($p = 0,001$), encaminhamento de gestantes de alto risco ($0,002$), tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis ($p = 0,012$), encaminhamento de gestantes com HIV positivo ($p=0,042$), ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato ($p < 0,001$), estratégias de detecção de violência contra a mulher ($p = 0,047$) e encaminhamento de casos de violência contra a mulher ($p = 0,006$). No geral, os itens com melhor desempenho foram “Encaminhamento de gestantes de alto risco” (mediana: 100,0; IQ25-75%: 100,0-100,0), “Tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis, Encaminhamento de gestantes com HIV positivo” (mediana: 100,0; IQ25-75%: 100,0-100,0) e “Ações de rotina

em gestantes de baixo risco” (mediana: 100,0; IQ25-75%: 80,0-100,0). Os itens com pior desempenho foram “Casos de sífilis congênita” (mediana: 33,3; IQ25-75%: 33,3-100,0), “Estratégias de comunicação de resultado de teste de gravidez” (mediana: 33,3; IQ25-75%: 0,0-100,0) e “Encaminhamento de casos de violência contra a mulher” (mediana: 37,5; IQ25-75%: 25,0-62,5).

Tabela 7 - Qualidade da Saúde da Mulher na Atenção Básica à Saúde pelo instrumento QualiAB adaptado de acordo com a percepção dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) (n=98).

Item	Total (n=98)	Profissionais de UBS com PRMFC (n=49)	Profissionais de UBS sem PRMFC (n=49)	Valor de p
Ações planejadas e desenvolvidas com regularidade, %, mediana (IQ-25-75%)	87,5 (75,0-100,0)	100,0 (75,0-100,0)	87,5 (37,5-100,0)	0,024
Rotina de solicitação de colpocitologia, %, mediana (IQ-25-75%)	40,0 (20,0-100,0)	60,0 (20,0-100,0)	40,0 (20,0-60,0)	0,038
Estratégias de estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, %, mediana (IQ-25-75%)	50,0 (40,0-60,0)	60,0 (20,0-60,0)	40,0 (40,0-60,0)	0,820
Rotina de solicitação de mamografia, %, mediana (IQ-25-75%)	66,7 (50,0-83,3)	83,3 (66,7-83,3)	50,0 (33,3-100,0)	<0,001
Estratégias de comunicação de resultado de teste de gravidez, %, mediana (IQ-25-75%)	33,3 (0,00-100,0)	33,3 (16,7-100,0)	33,3 (0,00-100,0)	0,450
Proporção de gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre, %, mediana (IQ-25-75%)	75,0 (75,0-100,0)	75,0 (75,0-100,0)	75,0 (75,0-100,0)	0,181
Ações de rotina em gestantes de baixo risco, %, mediana (IQ-25-75%)	100,0 (80,0-100,0)	100,0 (80,0-100,0)	80,0 (80,0-100,0)	0,003
Rotina de solicitação de exames para gestantes de baixo risco, %, mediana (IQ-25-75%)	74,5 (64,2-78,4)	68,7 (60,8-78,4)	74,5 (66,7-78,4)	0,280
Temas de ações regularmente desenvolvidas no pré-natal, %, mediana (IQ-25-75%)	76,9 (61,5-84,5)	76,9 (69,2-88,5)	69,2 (46,2-84,65)	0,001
Estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes, %, mediana (IQ-25-75%)	42,9 (14,3-57,1)	42,9 (14,3-57,1)	42,9 (14,3-57,1)	0,724
Encaminhamento de gestantes de alto risco, %, mediana (IQ-25-75%)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	0,002
Tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis, %, mediana (IQ-25-75%)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	0,012
Encaminhamento de gestantes com HIV positivo, %, mediana (IQ-25-75%)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	100,0 (100,0-100,0)	0,042
Ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato, %, mediana (IQ-25-75%)	81,8 (36,3-100,0)	90,9 (77,3-100,0)	63,6 (27,3-90,9)	<0,001
Ações regularmente desenvolvidas no puerpério tardio, %, mediana (IQ-25-75%)	85,7 (42,9-100,0)	100,0 (71,4-100,00)	42,9 (28,6-100,0)	0,001
Casos de sífilis congênita	33,3 (33,3-100,0)	33,3 (33,3-100,0)	33,3 (33,3-100,0)	0,760
Estratégias de detecção de violência contra a mulher, %, mediana (IQ-25-75%)	50,0 (33,2-66,7)	50,0 (33,2-66,7)	33,3 (33,3-66,7)	0,047
Encaminhamento de casos de violência contra a mulher, %, mediana (IQ-25-75%)	37,5 (25,0-62,5)	37,5 (31,2-62,5)	37,5 (12,5-50,0)	0,006
Total	71,2 (56,8-78,2)	78,1 (74,3-82,3)	56,8 (48,5-65,6)	0,007

IQ-25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

Fonte: elaborado pela autora

A Tabela 8 compara os escores das percepções dos profissionais de saúde das UBS com e sem PRMFC em relação aos itens do subdomínio Saúde da Criança e do Adolescente. UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho do que as UBS sem PRMFC na qualidade da atenção básica à Saúde da Criança e do Adolescente (mediana: 61,8; IQ25-75%: 33,4-71,0 versus mediana: 53,6; IQ25-75%: 27,2-60,8, $p = 0,015$). No geral, os itens com melhor desempenho foram “Rotina de atendimento da criança” (mediana: 100,0; IQ25-75%: 50,0-100,0), “Agendamento do primeiro atendimento do recém-nascido” (mediana: 75,0; IQ25-75%: 50,0-75,0) e “Estratégias de detecção de violência contra a crianças e adolescentes” (mediana: 75,0; IQ25-75%: 37,5-88,5). Os itens com pior desempenho foram “Locais de realização de atividades para os adolescentes” (mediana: 33,3; IQ25-75%: 20,0-40,0), “Ações regularmente desenvolvidas na comunidade” (mediana: 40,0; IQ25-75%: 26,7-61,7) e “Ações realizadas em instituições para crianças” (mediana: 40,0; IQ25-75%: 26,7-61,7).

Tabela 8 - Qualidade da Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Básica à Saúde pelo instrumento QualiAB adaptado de acordo com a percepção dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) (n=98).

Item	Total (n=98)	Profissionais de UBS com PRMFC (n=49)	Profissionais de UBS sem PRMFC (n=49)	Valor de p
Ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na atenção às crianças, %, mediana (IQ-25-75%)	73,3 (46,7-80,0)	80,0 (73,3-86,7)	53,3 (20,0-66,7)	<0,001
Rotina de atendimento da criança, %, mediana (IQ-25-75%)	100,0 (50,0-100,0)	100,0 (75,0-100,0)	100,0 (50,0-100,0)	0,229
Agendamento do primeiro atendimento do recém-nascido, %, mediana (IQ-25-75%)	75,0 (50,0-75,0)	75,0 (75,0-75,0)	75,0 (50,0-75,0)	0,154
Ações realizadas em instituições para crianças, %, mediana (IQ-25-75%)	40,0 (26,7-61,7)	40,0 (33,3-66,7)	33,3 (20,0-56,7)	0,054
Ações regularmente desenvolvidas na comunidade, %, mediana (IQ-25-75%)	40,0 (20,00-40,0)	40,0 (20,00-40,0)	20,0 (20,00-40,0)	0,072
Ações regularmente desenvolvidas na atenção ao adolescente, %, mediana (IQ-25-75%)	41,7 (16,7-75,0)	50,0 (16,7-83,3)	33,3 (16,7-70,8)	0,218
Temas abordados em ações na comunidade para a atenção ao adolescente, %, mediana (IQ-25-75%)	40,0 (30,0-62,5)	50,0 (40,0-80,0)	40,0 (20,0-60,0)	0,027
Locais de realização de atividades para os adolescentes, %, mediana (IQ-25-75%)	33,3 (16,7-50,0)	33,3 (33,3-50,0)	33,3 (16,7-50,0)	0,044
Estratégias de detecção de violência contra crianças e adolescentes, %, mediana (IQ-25-75%)	75,0 (37,5-88,5)	75,0 (62,5-87,5)	50,0 (12,5-75,0)	<0,001
Encaminhamento de casos de violência contra a crianças e adolescentes, %, mediana (IQ-25-75%)	50,0 (25,0-62,5)	50,0 (50,0-62,5)	37,5 (18,8-62,5)	0,007
Total	54,6 (39,6-63,3)	61,8 (33,4-71,0)	53,6 (27,2-60,8)	0,015

IQ-25-75%: intervalo interquartil 25-75%

Fonte: elaborado pela autora

A Tabela 9 compara os escores das percepções dos profissionais de saúde das UBS com e sem PRMFC em relação aos itens do subdomínio Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa. UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho do que as UBS sem PRMFC na qualidade da atenção básica à Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa (mediana: 70,8; IQ25-75%: 61,7-78,9 versus mediana: 56,8; IQ25-75%: 33,6-70,0, $p < 0,001$). No geral, os itens com melhor desempenho foram “Exames de rotina em pessoas com hipertensão arterial sistêmica” (mediana: 88,9; IQ25-75%: 77,8-100,0), “Exames de rotina em pessoas com diabetes mellitus” (mediana: 88,9; IQ25-75%: 77,8-100,0) e “Estratégias de detecção de violência contra idosos” (mediana: 75,0; IQ25-75%: 62,5-87,5). Os itens com pior desempenho foram “Conduta em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes” (mediana: 33,3; IQ25-75%: 33,3-50,0), “Ações direcionadas aos cuidadores” (mediana: 40,0; IQ25-75%: 20,0-80,0) e “Encaminhamento de casos de violência contra idosos” (mediana: 50,0; IQ25-75%: 37,5-75,0).

Tabela 9 - Qualidade da Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa na Atenção Básica na Atenção Básica à Saúde pelo instrumento QualiAB adaptado de acordo com a percepção dos profissionais de unidades básicas de saúde (UBS) com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) (n=98).

Item	Total (n=98)	Profissionais de UBS com PRMFC (n=49)	Profissionais de UBS sem PRMFC (n=49)	Valor de p
Ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na atenção ao adulto, %, mediana (IQ-25-75%)	64,3 (35,7-92,9)	71,4 (42,9-92,9)	64,3 (21,4-85,7)	0,226
Ações de rotina para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, %, mediana (IQ-25-75%)	60,0 (30,0-90,0)	70,0 (40,0-90,0)	50,0 (20,0-80,0)	0,005
Conduta em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes, %, mediana (IQ-25-75%)	33,3 (33,3-50,0)	50,0 (33,3-50,0)	33,3 (33,3-33,3)	<0,001
Rotina para pessoas com hipertensão arterial sistêmica, %, mediana (IQ-25-75%)	66,7 (41,7-83,3)	75,0 (58,3-91,7)	58,3 (25,0-75,0)	<0,001
Exames de rotina em pessoas com hipertensão arterial sistêmica, %, mediana (IQ-25-75%)	88,9 (77,8-100,0)	88,9 (88,9-100,0)	77,8 (77,8-88,9)	0,001
Rotina para pessoas com diabetes mellitus, %, mediana (IQ-25-75%)	69,2 (46,2-84,6)	84,6 (69,2-92,3)	61,5 (30,8-76,9)	<0,001
Exames de rotina em pessoas com diabetes mellitus, %, mediana (IQ-25-75%)	88,9 (77,8-100,0)	88,9 (77,8-100,0)	88,9 (72,2-100,0)	0,523
Ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na saúde do homem, %, mediana (IQ-25-75%)	57,7 (30,8-76,9)	61,5 (50,0-76,9)	46,2 (23,1-76,9)	0,094
Ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na saúde dos idosos, %, mediana (IQ-25-75%)	61,5 (38,5-92,3)	84,6 (53,8-92,3)	53,8 (23,1-76,9)	<0,001
Estratégias de detecção de violência contra idosos, %, mediana (IQ-25-75%)	75,0 (62,5-87,5)	87,5 (75,0-87,5)	62,5 (37,5-75,0)	<0,001
Encaminhamento de casos de violência contra idosos, %, mediana (IQ-25-75%)	50,0 (37,5-75,0)	62,5 (56,2-87,5)	37,5 (12,5-50,0)	<0,001

Item	Total (n=98)	Profissionais de UBS com PRMFC (n=49)	Profissionais de UBS sem PRMFC (n=49)	Valor de p
Ações direcionadas aos cuidadores, %, mediana (IQ-25-75%)	40,0 (20,0-80,0)	60,0 (30,0-80,0)	40,0 (20,0-60,0)	0,155
Ações para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio em instituições, %, mediana (IQ-25-75%)	70,8 (41,7-91,7)	83,3 (50,0-91,7)	50,0 (16,7-83,3)	<0,001
Total	66,8 (54,4-75,0)	70,8 (61,7-78,9)	61,6 (33,6-70,0)	<0,001

IQ-25-75%: intervalo interquartil 25-75%.

Fonte: elaborado pela autora

7 DISCUSSÃO

Em nosso estudo, foi observado que as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC. Esse achado é semelhante ao observado em estudo prévio que comparou UBS com e sem PRMFC no município de Gurupi, TO (HERRERA, 2014). Nesse sentido, além do papel intrínseco dos PRMFC para formação de médicos especialistas em MFC para atuação e fortalecimento da APS, o desenvolvimento desses programas nas unidades de saúde pode promover por si mesmo um ambiente que propicie a qualificação dos serviços para além dos residentes e profissionais diretamente envolvidos no programa, assim com promover a educação em saúde como uma estratégia de transformação social (ALVES; AERTS, 2011; MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

De fato, um estudo realizado durante a implementação do PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro mostrou que a inserção do programa nas unidades de saúde foi refletida em uma exigência de melhoria da qualidade pelos demais profissionais de saúde, assim como da organização do serviço, o que pode estar associado à própria concepção metodológica dos programas como um espaço de reflexão e qualificação do processo de trabalho, com a incorporação do ensino no cotidiano dos serviços de saúde (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Na verdade, os PRMFC possuem o potencial de tornar o serviço de saúde um ambiente de ensino-aprendizagem, promovendo a educação permanente e qualificação dos profissionais, incorporando o aprender e o ensinar ao cotidiano do processo de trabalho, integrando a formação, a atenção e a gestão (CECIM; FERLA, 2008; SHIKASHO, 2013). As ações de educação em saúde no âmbito de programas de residência podem ainda contribuir para incentivar o trabalho em equipe, o acolhimento, o encontro entre os profissionais e com os usuários e suas necessidades, estabelecendo vínculos e qualificando, em último aspecto, o serviço prestado (SHIKASHO, 2013).

7.1 GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

Na dimensão “Gestão e Gerenciamento Local”, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC. Esse achado também é semelhante ao observado em estudo prévio que comparou UBS com e sem PRMFC no município de Gurupi, TO (HERRERA, 2014). Vale salientar, que os aspectos avaliados nessa dimensão envolvem ações, condições e responsabilidades da gestão municipal e gerência local da unidade de saúde,

com o propósito de garantir condições técnicas, infraestrutura e materiais para execução do trabalho, qualificando o conjunto das atividades desenvolvidas pela UBS, estando agrupados em três domínios: “Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básico”, “Gestão e Gerenciamento Local”, e “Informação, Planejamento e Avaliação” (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

Embora tenha sido observada diferença significativa entre as UBS com e sem PRMFC, na dimensão “Gestão e Gerenciamento Local”, seu domínio “Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos” não mostrou diferença significativa entre essas UBS, de forma diferente ao observado no estudo de Herrera (2014) no qual as UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho. Nessa dimensão, os serviços de APS devem possuir uma estrutura básica em termos de infraestrutura e disponibilidade de equipamentos e insumos (como vacinas, medicamentos e métodos contraceptivos), assim como ofertar procedimentos que ampliem o acesso (como coleta de exames laboratoriais e troca de sonda vesical de demora), ou a resolutividade (como curativos, pequenas suturas e hidratação venosa), representando uma condição geral para uma atenção na APS de qualidade (CASTANHEIRA *et al.*, 2016). Em nosso estudo, a ausência de diferença entre as UBS nesse domínio pode ser explicada pelos recursos serem distribuídos de forma homogênea e centralizada pela SEMUS nas UBS de Palmas, TO, ao contrário do observado em Gurupi, TO, na qual havia um maior aporte de materiais permanentes por parte da instituição promotora do PRMFC para a execução dos procedimentos implantados como rotina nas UBS com programa de residência, assim como a própria gestão do município realizou obras nessas UBS como contrapartida ao investimento (HERRERA, 2014).

Como os quesitos relacionados às condições técnicas, infraestrutura e materiais para execução de trabalho são distribuídos de forma semelhante pela SEMUS em Palmas, TO, o melhor desempenho nas UBS com PRMFC na dimensão “Gestão e Gerenciamento Local” deve ser justificado pelos aspectos relacionados à qualificação profissional, organização do fluxo assistencial e coordenação do trabalho, que são avaliados nos outros domínios dessa dimensão (CASTANHEIRA *et al.*, 2016). De fato, ao avaliar os domínios “Gestão e Gerenciamento Local” e “Informação, Planejamento e Avaliação”, as UBS com PRMFC apresentaram melhor performance quando comparadas as UBS sem PRMFC, sendo que esse achado de nosso estudo em relação à “Coordenação do Trabalho” foi concordante com o estudo de Herrera (2014). No entanto, o domínio “Informação, Planejamento e Avaliação” se comportou de forma diferente ao observado em Gurupi, TO, no qual não houve diferença significativa entre as UBS com e sem PRMFC.

No que se refere à “Coordenação do Trabalho”, foi observada uma qualidade melhor na assistência ofertada nas UBS com PRMFC em relação às UBS sem PRMFC em todos seus subdomínios (“Gestão da Unidade”, “Qualificação profissional” e “Organização do Fluxo Assistencial”). Esse domínio se refere a ações de promoção do trabalho em equipe, qualificação profissional e garantia de acesso à assistência, por meio de uma gestão democrática e participativa dos serviços de APS. Nesse aspecto, o preceptor médico dos PRMFC, além de estarem dedicados à supervisão direta dos residentes (ANDERSON *et al.*, 2007; MISSAKA; RIBEIRO, 2011), também possui como atribuições o planejamento, a coordenação, a direção e o controle das ações realizadas pela equipe, sendo uma função complexa e desafiadora (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016). Essa atuação multidimensional exige do profissional conhecimentos e habilidades técnicas, administrativas e psicossociais que favorecem a articulação da equipe de trabalho, facilitando o acesso aos usuários no planejamento participativo. De fato, estando incumbido de ajudar no desenvolvimento profissional do médico residente, o preceptor atua tanto no manejo clínico e na abordagem individual, familiar e comunitária, quanto na gestão e organização dos serviços de saúde, competência descrita no Currículo Baseado em Competências para MFC da SBMFC, o que inclui a gestão e a organização do processo de trabalho, o trabalho em equipe multiprofissional, a avaliação da qualidade, as auditorias, a vigilância em saúde, a análise e o acompanhamento dos dados da equipe, e a realização e o acompanhamento de intervenções para a melhoria da qualidade do serviço (SBMFC, 2014; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; IZECKSOHN *et al.*, 2017). Ademais, como médico de referência de uma ESF, o preceptor ocupa ainda um papel importante na mediação de conflitos dentro da equipe e no apoio ao gestor da unidade (IZECKSOHN *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, o preceptor médico é um agente-chave, sendo o responsável pela coordenação do trabalho da equipe e pela coerência das ações com os princípios e diretrizes esperados para uma oferta de serviço com qualidade pela APS (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016). Dessa forma, a própria figura do preceptor nas UBS como PRMFC pode justificar a melhora da qualidade na “Coordenação do Trabalho” e seus subdomínios.

Em relação à “Qualificação Profissional”, como já citado anteriormente, o desenvolvimento dos PRMFC promove a incorporação do ensino no cotidiano dos serviços de saúde (ALVES; AERTS, 2011; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016), sendo essa uma forma de qualificar o serviço de saúde por meio da educação permanente. De fato, a qualidade do serviço tem sido diretamente associada à quantidade de profissionais inseridos em processos de educação permanente, sendo o investimento no aperfeiçoamento profissional um requisito para

manutenção dessa qualidade, o que inclui atualizações periódicas e capacitações com maior escopo de temas, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas (CASTANHEIRA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Os PRMFC possuem uma carga horária padrão de 60 horas semanais, sendo 20% dessas atividades desenvolvidas em atividades de cunho teórico, preferencialmente com uso de metodologias ativas de ensino aprendizagem com problematização e discussão de casos clínicos, além de exposições dialogadas, seminários, produção científica e participação em eventos científicos, como jornadas, seminários e congressos (ANDERSON *et al.*, 2007). Essas atividades do PRMFC desenvolvidas no âmbito das UBS atuam como instrumentos que favorecem o processo educativo ativo, incorporam a aprendizagem à rotina dos serviços, de forma que toda equipe se sinta motivada à busca permanente por conhecimentos (ALVES; AERTS, 2011; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Tomando-se por foco a dimensão organizacional, para que a APS possa cumprir o papel previsto pelo SUS, faz-se necessária uma gerência das UBS capaz de coordenar a equipe de modo a orientar o processo de trabalho segundo os objetivos e finalidades propostos para esse nível de atenção. Nesse sentido, é atribuição da gerência traduzir o projeto sanitário definido pelas políticas públicas, construindo, com a equipe local e a comunidade, estratégias que transformem princípios em ações, ou seja, que traduzam fundamentos políticos em práticas concretas nos serviços de saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

Em relação ao subdomínio “Gestão da Unidade”, as atividades de gestão, como organização do serviço de saúde, atividades de apoio à gerência local e realização de atividades administrativas, enquanto atividades de discussão do processo de trabalho e das práticas de saúde do serviço, também são demandas referentes à gestão dos serviços de saúde exercidas pelo preceptor, o qual pode contribuir para a construção e discussão de modelos assistenciais (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016). A gerência das UBS é apontada por Weirich *et al.* (2009) como cenário onde os problemas podem ser identificados, atendidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, sob responsabilidade e coordenação imediata da gerência, de modo a manter um bom fluxo e contrafluxo com a RAS. No entanto, há evidências de que a baixa capacidade gerencial limita o acesso aos serviços de saúde, produz concentração de esforços em princípios administrativos tradicionais ou defasados e dificulta a sistematização de dados e o planejamento de ações, acarretando insatisfação do usuário, conflitos interpessoais e sobrecarga de trabalho (FERREIRA, 2004; NUNES *et al.*, 2018; VILLA *et al.*, 2018).

Já, em relação ao subdomínio “Organização do Fluxo Assistencial”, a melhor performance das UBS com PRMFC, em nosso estudo, pode ser justificada devido ao modelo

de agenda oferecido nessas unidades, que é o agendamento avançado. Para que o SUS funcione de forma eficiente, sem desperdício de recursos, organizar o fluxo assistencial da estratégia saúde da família torna-se extremamente importante. Nesse sentido, uma das questões centrais na APS é o acesso ao cuidado. O acesso de qualidade é um dos principais aspectos das políticas públicas em saúde. O desafio da busca do cuidado universal, longitudinal e integral é um ponto central da PNAB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Uma das formas atuais de prover o acesso na APS é por meio do modelo Acesso Avançado (AA), também conhecido por acesso aberto ou agendamento no mesmo dia. Esse modelo permite aos pacientes buscarem cuidados primários de saúde, com seus profissionais de referência, no momento de sua necessidade ou escolha. O AA é um método de organização do agendamento, descrito primeiramente por Murray e Tantau (2000), que permite aos pacientes buscarem e receberem cuidados em saúde de seu profissional de referência, no momento mais oportuno, em geral no mesmo dia. O AA tem uma regra de ouro: ‘Faça hoje o trabalho de hoje!’. Essa regra permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes, todos seguindo o mesmo método de agendamento, sem fragmentações. Não se divide a agenda por períodos reservados a grupos predominantes, como hipertensos, diabéticos ou tabagistas. A agenda permanece aberta e seus horários são preenchidos diariamente conforme a demanda (PIRES *et al.*, 2019).

A CNRM recomenda que a agenda de atendimento do serviço de saúde não seja determinada por faixa etária ou grupo populacional, evitando-se a formação de turnos de atendimento voltados a determinadas condições ou populações, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (CNRM, 2015).

As transições demográfica e epidemiológica significam um incremento relativo das condições crônicas. Tem sido assim, no Brasil, que apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas. Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e às exacerbações das condições crônicas. A solução para essa crise está em recompor a coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010; MENDES, 2011), sendo o acolhimento uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a

mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito (TRAD; ROCHA, 2011; NORA; JUNGES, 2013).

Uma maior resolutividade da assistência prestada nas UBS poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente as de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir a oferta de procedimentos aos usuários com maior critério de necessidade. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos da rede básica a especialistas poderiam, com certeza, ser resolvidos na Unidade Básicas de Saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

7.2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Na dimensão “Gestão da Atenção à Saúde”, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC. Esse achado também foi semelhante ao observado no estudo prévio que comparou UBS com e sem PRMFC no município de Gurupi, TO (HERRERA, 2014). Essa dimensão avalia um conjunto de iniciativas do cuidado que abrangem ações de promoção, de prevenção e da assistência, sendo fundamental que as equipes procurem a integralidade do cuidado, sendo que seus quesitos são agrupados em três domínios: “Educação em Saúde”, “Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social”, e “Seguimento Programático” (CASTANHEIRA *et al.*, 2016). Por essa dimensão ser constituída por indicadores de processos que refletem especialmente o cotidiano do trabalho, pelas interações entre os profissionais de saúde e os usuários da APS, é esperado que esses indicadores sejam mais sensíveis às alterações de políticas públicas e capazes de predizer os resultados, caso o padrão observado se mantenha em um período de médio e longo prazos (SILVA; SENA, 2008; HERRERA, 2018; ZARILI *et al.*, 2020).

UBS com PRMFC apresentaram quartis com melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC no domínio Educação em Saúde. Para que a educação em saúde possa se consolidar como uma prática educativa, deve ser incorporada no cotidiano do trabalho em saúde. Nesse sentido, a formação profissional deve valorizar as ações coletivas promotoras da saúde e desencadear um processo de reflexão crítica nos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem (ALVES; AERTS, 2011). Como já discutido anteriormente, os PRMFC, por suas características intrínsecas, podem se constituir em espaço para reflexão e qualificação do processo de trabalho com a incorporação do ensino no cotidiano dos serviços de saúde, integrando a formação, a atenção e a gestão (CECIM; FERLA, 2008; SHIKASHO, 2013; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). De fato, a PRMFC tem como fundamento propiciar

encontros para resolução de problemas clínicos individuais, familiares e comunitários, prevenção de doenças, promoção da saúde e educação em saúde, sendo a educação em saúde um eixo fundamental para a sustentação da promoção, prevenção e cuidados à saúde na perspectiva da integralidade (FALKENBERG *et al.*, 2014; HERRERA, 2018). A educação em saúde, como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo analisar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MACHADO *et al.*, 2007). Na busca da integralidade, a educação na saúde deve envolver três segmentos: profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas, gestores que apoiem esses profissionais e a população que deve construir conhecimentos e aumentar a autonomia nos cuidados de forma individual e coletiva (HERRERA, 2018). Nesse sentido, as ações de educação em saúde no âmbito de programas de residência podem ainda contribuir para incentivar o trabalho em equipe, o acolhimento, o encontro entre os profissionais e com os usuários e suas necessidades, estabelecendo vínculos e qualificando, em último aspecto, o serviço prestado (SHIKASHO, 2013).

A APS, como o primeiro nível de atenção em saúde, é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade. Para isso, ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes da APS, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2018). Nesse aspecto, o domínio “Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social” está relacionado a esses indicadores de ações de vigilância em saúde que devem ser desenvolvidos no cotidiano das UBS, como a prevenção e a assistência de doenças e agravos de notificação compulsória, saúde do trabalhador e saúde mental, que contribuam para minimizar riscos e vulnerabilidade da população, sendo importante que os profissionais da APS trabalhem utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades do território, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, bem como riscos à saúde decorrentes do ambiente de trabalho (BRASIL, 2018; CASTANHEIRA *et al.*, 2014; CASTANHEIRA *et al.*, 2016). Entretanto, embora tenha ocorrido uma tendência das UBS com PRMFC apresentarem um melhor desempenho, não houve diferença estatística significativa entre as UBS com e sem PRMFC no domínio “Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social”. Embora o

motivo para essa observação não possa estar claro, a limitação dessas atividades, decorrente da pandemia de COVID-19 na época da realização do estudo, pode estar associada a essa observação, uma vez que o processo de trabalho foi alterado com comprometimento das atividades de visitas domiciliares e atividades além dos limites físicos da UBS (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

No domínio “Seguimento Programático”, também foi observado um padrão semelhante ao do domínio “Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social”, com as UBS com PRMFC tendendo a apresentar melhores desempenhos, porém sem essa diferença ser estatisticamente significativa. Porém, quando se analisa seus subdomínios, as UBS com PRMFC apresentaram uma performance significativamente melhor, exceto no subdomínio “Saúde Bucal”. Esses subdomínios correspondem a ações planejadas direcionadas a segmentos específicos, definidos pelas especificidades de cuidados e medidas técnico-assistenciais, com a utilização de indicadores que representem ações no cuidado individual ao coletivo, sendo agrupados em quatro subdomínios: “Saúde da Mulher”, “Saúde da Criança e do Adolescente”, “Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa” e “Saúde Bucal” (CASTANHEIRA *et al.*, 2016), sendo esses os programas os mais incidentes na APS: “Saúde da Mulher”, “Saúde da Criança e do Adolescente”, “Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa” e “Saúde Bucal” (MONTI, 2016).

7.3 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUANTO À QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NOS DIFERENTES CICLOS DA VIDA

7.3.1 Saúde da mulher

A APS, por meio da interdisciplinaridade da equipe, é tida pela OMS como portadora de competências essenciais para a assistência sexual e reprodutiva da população feminina (BRASIL, 2013c). Ademais, o Plano Nacional de Política para as Mulheres, apresentado pelo governo brasileiro em 2013, tem, entre seus objetivos, promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases de seu ciclo de vida, além de ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência integral à saúde da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie (BRASIL, 2013b). Dentro dessa divisão, há diretrizes e intervenções que buscam garantir a redução da mortalidade materna e boas condições no pré e pós-parto, a redução das infecções por HIV e das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive entre as adolescentes, bem como em casos de câncer de colo do útero e de mama (TELO; WITT, 2018).

Nesse aspecto, a educação em saúde é colocada em foco mais uma vez, assim como a capacitação profissional e a normatização da assistência com o enfoque do rastreamento e detecção precoce do câncer de colo de útero e mama. Ao avaliar as ações programáticas relacionadas à Saúde da Mulher, as UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho em relação às UBS sem PRMFC, sendo que os quesitos que se destacaram foram questões que abordaram os seguintes itens: ações planejadas e desenvolvidas com regularidade, rotina de solicitação de exame de colpocitologia, rotina de solicitação de exame de mamografia, ações de rotina em gestantes de baixo risco, temas de ações regularmente desenvolvidas no pré-natal, encaminhamento de gestantes de alto risco, tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis, encaminhamento de gestantes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), ações regularmente desenvolvidas no puerpério imediato, e estratégias de detecção de violência contra a mulher.

Apesar das mudanças e melhorias da assistência à saúde da mulher e da implementação de programas e ações específicas, ainda é possível notar algumas deficiências como apontadas nessa pesquisa: “Casos de sífilis congênita”, “Estratégias de comunicação de resultado de teste de gravidez” e “Encaminhamento de casos de violência contra a mulher”. Definir boas práticas na elaboração e avaliação dos programas para atender às necessidades das mulheres é um passo essencial na melhoria da oferta de assistência pelos serviços de saúde. Entre esses aspectos, podemos destacar que, para lidar com a violência contra a mulher dentro dos serviços de saúde, é necessário que os profissionais compreendam esse fenômeno e estejam munidos de conhecimento e saberes que percorrem áreas além de sua atuação, cumprindo o princípio da intersetorialidade, promovendo a visibilidade dos agravos e dialogando abertamente sobre a emancipação e o empoderamento das mulheres assistidas (ARBOIT *et al.*, 2017). Além disso, é necessário entender que os serviços de saúde desempenham papel importante no reconhecimento dos casos de violência, principalmente as UBS e Equipes de Saúde da Família, por representarem porta de entrada para a assistência em saúde e terem suas ações fundamentadas no estreitamento dos vínculos com os pacientes, de forma a otimizar a oferta, além de constituírem o primeiro local procurado pelas mulheres vítimas de violência ou em situação de risco (ARBOIT *et al.*, 2017).

7.3.2 Saúde da Criança e do Adolescente

No que se refere à Saúde da Criança, as UBS com PRMFC apresentaram melhor desempenho em relação às UBS sem PRMFC, sendo que os quesitos que se destacaram foram

“Rotina de atendimento da criança”, “Agendamento do primeiro atendimento do recém-nascido” e “Estratégias de detecção de violência contra crianças e adolescentes”. Entre esses itens, é importante destacar que é recomendado que as UBS garantam a precocidade do primeiro atendimento ao recém-nascido, de forma que possa possibilitar a identificação de condições de risco e promover ações de prevenção de agravos à saúde da criança, aumentando o vínculo e recebendo as orientações necessárias para o acompanhamento na unidade, com registros no cartão da criança até seus 10 anos de idade (CASTANHEIRA *et al.*, 2016).

A rede de serviços do SUS configura-se como espaço propício para o enfrentamento da problemática da violência contra crianças, por meio da identificação, acolhimento, atendimento, notificação, orientação às famílias, acompanhamento e proteção de crianças que se encontram em situação de violência. Para tanto, os profissionais devem ser sensibilizados quanto às vulnerabilidades e possibilidades de prevenção e proteção da criança, bem como a relevância da formação de parcerias com outros serviços, setores e instituições (BRASIL, 2010; FONSECA *et al.*, 2013; SOUZA; PANÚNCIO-PINTO; FIORATI, 2019). Deve-se obter constância, uma vez iniciada a atenção na APS, para que o vínculo entre usuário e profissional não seja prejudicado (SILVA; VIERA, 2014).

Os itens com pior desempenho foram “Locais de realização de atividades para os adolescentes”, “Ações regularmente desenvolvidas na comunidade” e “Ações realizadas em instituições para crianças”. Novamente, acreditamos que esse desempenho possa estar relacionado à limitação dessas atividades, decorrente da pandemia de COVID-19 na época da realização do estudo, que comprometeram o desenvolvimento de atividades além dos limites físicos da UBS (TEIXEIRA *et al.*, 2020). A integralidade da atenção à criança é um processo dinâmico e em construção na APS, com apoio nos serviços da ESF. A produção de saúde para adolescentes se faz com fortes laços intersetoriais que abram canais entre o setor saúde e a participação e colaboração da própria comunidade, especialmente das pessoas jovens e suas famílias, uma vez que as necessidades de saúde ampliada dessa população ultrapassam as ações do setor saúde (FONSECA *et al.*, 2013; DAMASCENO *et al.*, 2016; PANÚNCIO-PINTO; FIORATI, 2019). Nesse aspecto, o PSE tem a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico. Acontece no âmbito das escolas e UBS, com participação das Equipes de Saúde na educação de forma integrada (BRASIL, 2018b).

7.3.3 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

As UBS com PRMFC também apresentaram melhor desempenho em relação às UBS sem PRMFC em relação a ações programáticas da Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa. Os quesitos que se destacaram foram “Exames de rotina em pessoas com hipertensão arterial sistêmica”, “Exames de rotina em pessoas com diabetes mellitus” e “Estratégias de detecção de violência contra idosos”.

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são comuns no Brasil, sendo responsáveis por uma porcentagem significativa dos gastos do sistema de saúde. Nesse aspecto, as DANT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos, os quais podem ser modificados. A APS se encontra em situação privilegiada quanto à prevenção e ao gerenciamento dessas condições, com o monitoramento de suas prevalências e fatores de risco, principalmente quanto à possibilidade de atuar em programas de conscientização e educação da população em relação a hábitos como sedentarismo, tabagismo e uso de álcool, o que possui o potencial de minimizar os efeitos das DANT para o sistema de saúde no longo prazo (MALTA *et al.*, 2006). De fato, programas para prevenção e controle de DANT têm sido implementados na APS, como programas para controle do tabagismo, acompanhamento de usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Nesse aspecto, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas têm diminuindo, provavelmente como resultado desses programas, assim como do maior acesso da população à APS (SCHIMIT *et al.*, 2011).

Os itens com pior desempenho foram “Conduta em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes”, “Ações direcionadas aos cuidadores” e “Encaminhamento de casos de violência contra idosos”. Nesses aspectos, mais uma vez podemos salientarmos quanto à limitação das atividades da UBS relacionadas a pandemia de COVID-19 poder ter comprometido a avaliação desses itens, especialmente nas atividades com os cuidadores e a conduta quanto aos usuários não aderentes, porém, da mesma forma como observado na saúde da mulher, o encaminhamento de casos de violência esteve entre os itens com pior avaliação. Nesse sentido, é importante que sejam asseguradas medidas adequadas para o atendimento e acompanhamento de idosos vítimas de violência. Para isso, é imprescindível que os profissionais estejam aptos a desenvolver estratégias que permitam acolher esses idosos, sendo importante o desenvolvimento de ações de capacitação e educação permanente direcionada a esse tema, o que facilitaria a identificação de vítimas de violência, assim como o estabelecimento de uma rede de apoio que auxilie os profissionais nesse processo (OLIVEIRA

et al., 2018).

7.4 LIMITAÇÕES

As limitações de estudo observadas foram o tamanho da amostra, de apenas 16 UBS, totalizando 98 profissionais entrevistados. A amostra foi por cota e não probabilística. A pandemia também se apresentou como uma limitação de estudo. O cenário de pandemia, devido às urgências sanitárias inerentes ao período, fez com que as atividades programáticas das UBS fossem desconfiguradas, além da sobrecarga de trabalho e estresse emocional nos quais os profissionais foram submetidos, podendo ter interferido no preenchimento do questionário. O estudo pode ter apresentado esses resultados por características intrínsecas a Palmas, que podem ser diferentes em outras cidades. Atualmente, Palmas, TO conta com 100% de cobertura da APS e todas as UBS entrevistadas são ESF, o que pode comprometer a generalização dos resultados para outros contextos. Ademais, o desenho transversal não permite estabelecer relações causais entre as variáveis estudadas, assim como outras variáveis não avaliadas no estudo podem ter influenciado nos resultados.

8 CONCLUSÃO

O desenvolvimento de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade nas unidades básicas de saúde pode estar associado à melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde de Palmas, o que reafirma as evidências de que residências em Saúde, por sua concepção metodológica, apresentem um papel estratégico do ensino pelo trabalho, sendo que, em nosso estudo, foi observado que as UBS com programas de residência médica apresentaram melhor avaliação em relação à qualidade na atenção básica à saúde do que as UBS sem programas de residência.

Na dimensão Gestão e Gerenciamento Local, as UBS com PRMFC apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que as oito unidades com programa de residência foram avaliadas no segundo melhor quartil, enquanto quatro UBS sem programa de residência foram avaliadas no segundo quartil e quatro no terceiro quartil.

Na dimensão Gestão da Atenção à Saúde, as UBS com PRMFC também apresentaram melhor avaliação em relação às UBS sem PRMFC, sendo que uma UBS com programa de residência foi avaliada no melhor quartil e sete no segundo quartil, enquanto somente duas UBS sem programa de residência foram avaliadas no segundo quartil, cinco no terceiro quartil e uma no quarto quartil.

Ademais, as UBS com PRMFC tiveram melhor desempenho do que as UBS sem PRMFC quanto à qualidade da atenção básica à saúde nos diferentes ciclos da vida: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, e Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa. De tal forma, as UBS com PRMFC estiveram associadas a desempenho melhor na qualidade do cuidado integral e longitudinal aos usuários.

9 REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633–667, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>. Acesso em: 30 out. 2021.

ALVES, G. G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 319–325, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>. Acesso em: 30 out. 2021.

ANDERSON, M. I. P. *et al.* Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 180–198, 2007. DOI: 10.5712/rbmfc3(11)336. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/336>. Acesso em: 30 out. 2021.

AQUINO, R.; DE OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*, Nova Iorque, v. 99, n. 1, p. 87–93, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127480>. Acesso em: 30 out. 2021.

ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 51, p. e03207, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016113303207>. Acesso em: 30 out. 2021.

AUGUSTO, D. K. *et al.* Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–4, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695). Acesso em: 30 out. 2021.

BARA, V. M. F. *et al.* Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, pp. 330–335, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400080015>. Acesso em: 30 out. 2021.

BERGER, C. B. *et al.* A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–10, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1399). Acesso em: 30 out. 2021.

BEZERRA FILHO, J. G. *et al.* Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n.

5, p. 1173–1185, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500019>. Acesso em: 30 out. 2021.

BROUSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Lei n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 88, 31 dezembro 2010, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 30 out. 2021

BRASIL. Decreto n. 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 3–6, 16 setembro 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 31 outubro 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12514.htm. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na

modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 31, 25 junho 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Política para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>Acesso em: 30 out. 2021

BRASIL. Decreto n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 67–76, 22 setembro 2017. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 30 out. 2021

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Educação, 2018b. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.%20php?option=com_content&view=article&id=16795&Itemid=1128. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 3.566, de 19 de dezembro de 2019. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 198, 20 dezembro 2019. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.566-de-19-de-dezembro-de-2019-234647326>. Acesso em: 30 out. 2021.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p.148–155, 2010. Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14506/7808>. Acesso em: 30 out. 2021.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.935–947, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>. Acesso em: 30 out. 2021.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Avaliação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679–691, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140063>. Acesso em: 30 out. 2021.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica**: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2016. Disponível em: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 461–469, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e02862014>. Acesso em: 30 out. 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443–456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 30 out. 2021.

CNRM. Conselho Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 11–12, 26 maio 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 30 out. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.221, de 24 de janeiro de 2019. Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 67–71, 24 janeiro 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60341676. Acesso em: 30 out. 2021.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961–2973, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Acesso em: 30 out. 2021.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>. Acesso em: 30 out. 2021.

FACCHINI, L. A. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Suppl 1, p. s159–s172, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300020>. Acesso em: 30 out. 2021.

FACCHINI, L. A. *et al.* O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2652, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>. Acesso em: 30 out. 2021.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 208–223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 30 out. 2021.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. n. 1, p. 5–10, 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2>. Acesso em: 30 out. 2021.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 30 out. 2021.

FARIAS, L. A. B. G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2455, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455). Acesso em: 30 out. 2021.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, 12–14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>. Acesso em: 30 out. 2021.

FENTON, J. J. *et al.* The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 172, n. 5, p. 405–411, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>. Acesso em: 30 out. 2021.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100007>. Acesso em: 30 out. 2021.

FESP. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. **Residência em Medicina de Família e Comunidade**. Palmas: FESP, 2021. Disponível em: <https://fesp.palmas.to.gov.br/medicina-saude-familia>. Acesso em: 30 out. 2021.

FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 258–264, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>. Acesso em: 30 out. 2021.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The New England Journal of Medicine**, Londres, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 30 out. 2021.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278–279, 2003. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/712/3/Travassos_Viacava_Landmann_Alocacao%20equitativa_2003.pdf#page=103. Acesso em: 30 out. 2021.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Acesso em: 30 out. 2021.

GREEN, L. A. *et al.* The Ecology of Medical Care Revisited. **The New England Journal of Medicine**, Londres, v. 344, n. 26, p. 2021–2025, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>. Acesso em: 30 out. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012.

HERRERA, S. D. C. **Associação entre gerenciamento local e a qualidade da gestão da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da

Saúde; Universidade Federal de Tocantins, Palmas, 2018. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/1056>. Acesso em: 30 out. 2021.

IVBIJARO, G. *et al.* **Primary care mental health and Alma-Ata**: from evidence to action. *Mental Health in Family Medicine*, Londres, v. 5, n. 2, p. 67–69, 2008. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496). Acesso em: 30 out. 2021.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737–2746, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496). Acesso em: 30 out. 2021.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>. Acesso em: 30 out. 2021.

LAWN, J. E. *et al.* Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. **The Lancet**, Londres, v. 372, n. 9642, p. 917–927, 2008. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6). Acesso em: 30 out. 2021.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 52–66, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>. Acesso em: 30 out. 2021.

LOPES, M. T. S. R.; LABEGALINI, C. M. G.; BALDISSERA, V. D. A. B. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. **Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. e26278, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26278>. Acesso em: 30 out. 2021.

MACHADO M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335–342, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 30 out. 2021.

MACINKO, J. *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v. 60, n. 1, p. 13–19, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.2005.038323>. Acesso em: 30 out. 2021.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. **International Journal of Health Services**, Westport,

v. 37, n. 1, p. 111–126; 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>. Acesso em: 30 out. 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. spe1, p.18–37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 30 out. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47–65, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>. Acesso em: 30 out. 2021.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 30 out. 2021.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, pp. 900–916, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>. Acesso em: 30 out. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2325, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 30 out. 2021.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 2297–2325, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300002>. Acesso em: 30 out. 2021.

MOLINA, J. Saúde universal com equidade, sem deixar ninguém para trás. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.42, p.18–37, p. e173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.173>. Acesso em: 30 out. 2021.

MONTI, J. F. C. **Associação entre gerenciamento local e a qualidade da gestão da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;

Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/144197>. Acesso em: 30 out. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. Educação em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 155–162.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family Practice Management**, Kansas City, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000. Disponível em: <https://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Acesso em: 30 out. 2021.

NEMES, M. I. B *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Suppl 2, p. S310–S321, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800024>. Acesso em: 30 out. 2021.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186–1200, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>. Acesso em: 30 out. 2021.

NUNES, L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. e175, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>. Acesso em: 30 out. 2021.

OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N. S.; LEONOR, M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 09, p. 2719–2727, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>. Acesso em: 30 out. 2021.

OLIVEIRA, K. S. M. *et al.* Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e5746, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Acesso em: 30 out. 2021.

OLIVEIRA, M. P. R. *et al.* Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.40, n.4, p. 547–559, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>. Acesso em: 30 out. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma Ata: OMS; 1978. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015**. Washington: OMS, 2007. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_27_CSP_Metas_Recursos_Humanos_2007.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

PAIM, J. *et al* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 30 out. 2021.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 1990.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 72–79, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>. Acesso em: 30 out. 2021.

PICCINI, R. X. *et al*. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v. 7, n. 1, p. 75–82, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009>. Acesso em: 30 out. 2021.

PINTO, HA *et al*. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 105–20, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170224>. Acesso em: 30 out. 2021.

PIRES, L. A. S. *et al*. Acesso avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 72–79, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>. Acesso em: 30 out. 2021.

RAWAF, S.; DE MAESENEER, J.; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. **The Lancet**, Londres, v. 372, n. 9647, p. 1365-1367, 2008. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X). Acesso em: 30 out. 2021.

SARTI, T. D. *et al*; A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–12, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1684](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1684). Acesso em: 30 out. 2021.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2014. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 30 out. 2021.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). Acesso em: 30 out. 2021.

SCHRAIBER L. B., MENDES-GONÇALVES R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER L. B., NEMES M. I. B., MENDES-GONÇALVES R.B. (Org.). **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 29–47, 2000. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1049>. Acesso em: 30 out. 2021.

SHIKASHO, L. **Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1049>. Acesso em: 30 out. 2021

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola e Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.42, n.1, p. 48–56, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000100007>. Acesso em: 30 out. 2021.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 794–802, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670518>. Acesso em: 30 out. 2021.

SOUZA, L. B.; PANÚNCIO-PINTO, M. P.; FIORATI, R. C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 219–226, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>. Acesso em: 30 out. 2021.

STARFIELD, B. Is Primary Care Essential? **The Lancet**, Londres, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 22 out. 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3). Acesso em: 30 out. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

STARFIELD, B.; SHI, L., MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, Nova Iorque, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Acesso em: 30 out. 2021.

STORTI, M. M. T. *et al.* A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. Suppl 1, pp. 130–1314, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.051>. Acesso em: 30 out. 2021.

TEIXEIRA, C.P. *et al.*, **COVID-19 e Atenção Primária**: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45540/2/livro_-_covid-19_e_aps.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3481–3490, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>. Acesso em: 30 out. 2021.

TRAD, L. A. B., ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1969–1980, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300031>. Acesso em: 30 out. 2021.

VILLA, T. C. S. *et al.* Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, p. e1470017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>. Acesso em: 30 out. 2021.

WEIRICH, C. F. *et al.* O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249–257, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200007>. Acesso em: 30 out. 2021.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F., GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. 1961. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Nova Iorque, v. 73, n. 1, p. 187–2121, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359390/>. Acesso em: 30 out. 2021.

WONCA. World Organization of Family Doctors. **A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)**. Barcelona: WONCA, 2012. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

ZARILI, T. F. T. Avanços e obstáculos na organização de serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno e médio porte do interior paulista. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 3, p. 49–65, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n3.2776g582>. Acesso em: 30 out. 2021.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Projeto: **A Residência em Medicina de Família e Comunidade na melhoria da atenção básica do município de Palmas - Tocantins**

ENTREVISTADO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ ANOS

SEXO: () MASCULINO () FEMININO

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____

POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO? () SIM () NÃO

QUAL A ÁREA? _____

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL: ____ ANOS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ONDE ATUA: _____

ANEXO A - QUESTIONÁRIO QUALIAB

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA – QUALIAB VERSÃO 2016

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada** à Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: _____

***Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família**

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros - especifique: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
 - 2) Quilombolas
 - 3) Populações ribeirinhas
 - 4) Ciganos e nômades urbanos
 - 5) Acampados e assentados
 - 6) Trabalhadores sazonais e volantes
 - 7) Pessoas em situação de rua
 - 8) Profissionais do sexo
 - 9) Moradores de abrigos, albergues
 - 10) Encarcerados
 - 11) Imigrantes
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não ocorre a presença dessas populações no território
-

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta
 - 2) Todas as tardes de segunda a sexta
 - 3) Todas as noites de segunda a sexta
 - 4) Algumas manhãs durante a semana
 - 5) Algumas tardes durante a semana
 - 6) Algumas noites durante a semana
 - 7) Finais de semana
 - 8) 24 horas
-

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim. Número de equipes: _____
 - 2) Não
-

7. Número de profissionais fixos e volantes na Unidade por categoria:

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

8. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac dentista
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

9. As ações de rotina realizadas pelos seguintes PROFISSIONAIS são:

Selecione um item para cada alternativa

	Não possui esse profissional	Recepção de casos não agendados	Promoção e educação em saúde	Visita domiciliar	Atendimento individual	Grupos	Participação reuniões de equipe	Avaliação de faltosos	Registro em prontuário	Atividades na comunidade	Ou- tras
1 - Médico de Família											
2 - Médico Clínico Geral											
3 - Médico Pediatra											
4 - Médico Ginecologista											
5 - Enfermeiro											
6 - Auxiliar/técnico de enfermagem											
7 - Dentista											
8 - Auxiliar/Técnico consultório dentário											
9- Farmacêutico											
10- Outros											

10. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: _____ -
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

11. A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
 - 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
 - 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
 - 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
 - 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
 - 6) Serviços de atenção ao idoso
 - 7) Serviços de atenção à criança
 - 8) Serviços de atenção à mulher
 - 9) Serviços de referência em Tuberculose
 - 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
 - 11) Ambulatórios de especialidades
 - 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
 - 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
 - 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
 - 15) ONG (Organização Não Governamental)
 - 16) Ações comunitárias ligadas grupos religiosos
 - 17) Outros - especifique: _____
 - 18) Não tem acesso a serviços de apoio
-

12. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
 - 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
 - 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
 - 4) Não é realizado por nenhuma instância
-

13. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é:

Selecione um item para cada alternativa

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

14. Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: _____
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO: _____
- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram "EXTRAS" (não agendadas): _____
- 4) Dados não disponíveis: _____

15. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

16. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
 - 2) Acesso à pessoas com deficiências
 - 3) Ventilação e iluminação adequadas
 - 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
 - 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
 - 6) Sala de espera
 - 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
 - 8) Sala de vacina
 - 9) Sala de Curativo
 - 10) Sala de esterilização de material
 - 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
 - 12) Consultório dentário
 - 13) Gerador de energia
-

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cadeira de rodas
 - 2) Geladeira exclusiva para vacinas
 - 3) Mesa para exame ginecológico
 - 4) Equipamentos odontológicos
 - 5) Carrinho de emergência
 - 6) Desfibrilador
 - 7) Cilindro de oxigênio
 - 8) Oxímetro
 - 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
 - 10) Acesso à Internet
 - 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
 - 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
 - 13) Veículo para uso da Unidade
-

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
 - 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
 - 3) Pequenas suturas
 - 4) Retirada de pontos
 - 5) Hidratação por via venosa
 - 6) Aplicação de tratamento endovenoso
 - 7) Aplicação de tratamento intramuscular
 - 8) Troca de sonda vesical de demora
 - 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
 - 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
 - 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não realiza nenhum procedimento
-

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
 - 2) Hepatite B
 - 3) Hepatite A
 - 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
 - 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
 - 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
 - 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
 - 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
 - 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
 - 10) dT (dupla adulto)
 - 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
 - 12) Rotavírus Humano
 - 13) Febre Amarela
 - 14) Anti-rábica
 - 15) Influenza
 - 16) P10 (Pneumocócica 10)
 - 17) Pneumocócica 23 valente
 - 18) Meningocócica C
 - 19) Vacina contra HPV
 - 20) Não realiza vacinação
-

20. Exames feitos e\ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
 - 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
 - 3) Teste de gravidez na urina
 - 4) Teste rápido para HIV
 - 5) Teste rápido para sífilis
 - 6) Teste rápido para hepatites virais
 - 7) Teste rápido de proteinúria
 - 8) Eletrocardiograma (ECG)
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) Não realiza nenhum exame
-

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
 - 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
 - 3) Quando os resultados chegam na Unidade
 - 4) Não são avaliados
-

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
7) Não dispensa medicamentos				

23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Nenhum

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III. 1 Educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
 - 2) Planejamento reprodutivo
 - 3) Educação alimentar
 - 4) Atividades físicas
 - 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
 - 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
 - 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 8) Prevenção de DST e aids
 - 9) Tabagismo
 - 10) Saúde bucal
 - 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
 - 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
 - 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
 - 14) Outras Qual (is): _____
 - 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período
-

25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades “EXTRA MUROS”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
 - 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
 - 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
 - 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
 - 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
 - 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
 - 7) Outras - especifique: _____
 - 8) Não realiza atividades na comunidade
-

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
 - 2) DST e aids
 - 3) Tuberculose e/ou hanseníase
 - 4) Planejamento reprodutivo
 - 5) Aleitamento materno
 - 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
 - 7) Climatério e menopausa
 - 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
 - 9) Obesidade e/ou desnutrição
 - 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
 - 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 12) Tabagismo
 - 13) Outras - especifique: _____
 - 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período
-

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
 - 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
 - 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
 - 4) Atividades em sala de espera
 - 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
 - 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
 - 7) Outras Quais: _____
 - 8) Não realiza atividades de educação em saúde
-

III.2 Organização da Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
 - 2) Para grupo de pacientes por hora
 - 3) Para todos os pacientes no início do turno
 - 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea
-

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
 - 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
 - 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
 - 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
 - 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
 - 6) Outras - especifique: _____
 - 7) Não atende demanda espontânea
-

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
 - 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
 - 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
 - 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
 - 5) Agendamento para atendimento em grupo
 - 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
 - 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
 - 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
 - 9) Não atende pacientes não agendados
-

31. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
 - 2) Revisão pós-parto/puerpério
 - 3) Recém-nascidos
 - 4) Recém-nascidos de risco
 - 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
 - 6) Crianças até dois anos
 - 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
 - 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
 - 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
 - 10) Vacinação
 - 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
 - 12) Sífilis
 - 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____
 - 14) Não se faz convocação de faltosos
-

III.3 Saúde da Mulher

32. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
 - 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
 - 3) Planejamento reprodutivo
 - 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
 - 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
 - 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
 - 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
 - 8) Detecção precoce de câncer de mama
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher
-

33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
 - 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
 - 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
 - 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
 - 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
 - 6) Serviço não realiza esse exame
-

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
 - 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
 - 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
 - 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta
 - 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
 - 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama
-

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
 - 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
 - 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
 - 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
 - 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
 - 6) Esse exame não é solicitado
-

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
 - 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
 - 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré conceptivos ou contraceção, a depender do caso
 - 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
 - 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
 - 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade
-

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
 - 2) Entre 90% 80%
 - 3) Entre 80% e 60%
 - 4) Menos de 60%
 - 5) A Unidade não dispõe destas informações
 - 6) Não realiza o Pré Natal
-

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
 - 2) Registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
 - 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
 - 4) Consultas semanais entre no último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
 - 5) Prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
 - 6) Não realiza o Pré Natal
-

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para todas as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

Selecione um item para cada alternativa

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Urina I			
3) Urocultura			
4) Teste rápido de proteinúria			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para Rubéola			
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
12) Sorologia para hepatite C			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncológica) se indicado			
17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
20) Não realiza o Pré Natal			

40. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
 - 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
 - 3) Identificação das gestantes de alto risco
 - 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
 - 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
 - 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
 - 7) Avaliação das condições de trabalho
 - 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
 - 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
 - 10) Realização de grupos educativos para gestantes
 - 11) Pré Natal do parceiro(a)
 - 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Pré-Natal
 - 13) Outros - especifique: _____
 - 14) Não realiza o Pré Natal
-

41. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para **MALÁRIA** são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
 - 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
 - 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
 - 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
 - 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária
-

42. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
 - 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
 - 3) Discussões na sala de espera
 - 4) Grupos periódicos para gestantes
 - 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
 - 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
 - 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes
-

43. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto
 - 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
 - 3) Acompanhada na própria Unidade
 - 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

44. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
 - 2) Na Unidade somente para gestante
 - 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
 - 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
 - 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
 - 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

45. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
 - 2) Somente em serviço de referência
 - 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
 - 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

46. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
 - 2) Aleitamento materno
 - 3) Suplementação de Ferro
 - 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
 - 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
 - 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
 - 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
 - 8) Orientações sobre alimentação
 - 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
 - 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
 - 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
 - 12) Outras - especifique: _____
 - 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato
-

47. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
 - 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
 - 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
 - 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
 - 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
 - 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
 - 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
 - 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio
-

48. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
 - 2) Não
 - 3) Não sabe informar por não possuir os dados
 - 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal
-

49. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
 - 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - 3) Livre declaração da mulher
 - 4) Discussão de caso em equipe
 - 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - 6) Não sabe informar
 - 7) Não temos esse tipo de demanda
 - 8) Não atende essa demanda específica
-

50. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
 - 2) Denúncia à autoridade policial
 - 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
 - 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
 - 5) Acompanhamento em grupo
 - 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
 - 7) Encaminhamento para serviço de referência
 - 8) Denúncia ao DISQUE 180
 - 9) Outro. Qual (is): _____
 - 10) Não sabe informar
 - 11) Não temos esse tipo de demanda
 - 12) Não atende a essa demanda específica
-

III.4 Saúde da Criança e do Adolescente

51. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
 - 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
 - 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
 - 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
 - 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
 - 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
 - 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
 - 8) Grupo com mães/pais
 - 9) Vigilância do trabalho infantil
 - 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
 - 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
 - 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
 - 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
 - 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
 - 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
 - 16) Outras Quais: _____
 - 17) Não realiza atividades planejadas para crianças
-

52. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
 - 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
 - 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
 - 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
 - 5) Não atende crianças
-

53. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
 - 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
 - 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
 - 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
 - 5) Na última consulta de Pré Natal
 - 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
 - 7) Não trabalhamos com agendamento
 - 8) Não atende crianças
-

54. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
 - 2) Vacinação
 - 3) Higiene pessoal e bucal
 - 4) Avaliação de acuidade visual
 - 5) Avaliação de acuidade auditiva
 - 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
 - 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
 - 8) Prevenção de acidentes domésticos
 - 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
 - 10) Inclusão social e combate ao preconceito
 - 11) Trabalho infantil
 - 12) Sexualidade e educação sexual
 - 13) Prostituição infantil
 - 14) Saúde e meio ambiente
 - 15) Posse responsável de animais
 - 16) Outros - especifique: _____
 - 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas
-

55. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
 - 2) Creche, escolas, outros
 - 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
 - 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
 - 5) Outros - especifique: _____
 - 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
 - 7) Não atende crianças
-

56. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
 - 2) Incentivo a prática de atividades físicas
 - 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
 - 4) Planejamento reprodutivo
 - 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
 - 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
 - 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
 - 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
 - 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
 - 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
 - 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
 - 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
 - 13) Outros - especifique: _____
 - 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
-

57. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
 - 2) Gravidez na adolescência
 - 3) Prostituição na adolescência
 - 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
 - 5) Agressividade e conflito com a lei
 - 6) Inclusão social e combate ao preconceito
 - 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
 - 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
 - 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
 - 10) Saúde e meio ambiente
 - 11) Outros - especifique: _____
 - 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
-

58. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
 - 2) Domicílio
 - 3) Escolas
 - 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
 - 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
 - 6) Outros - especifique: _____
 - 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
 - 8) Não atende adolescentes
-

59. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
 - 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
 - 4) Livre declaração dos responsáveis
 - 5) Discussão de caso em equipe
 - 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - 7) Visita domiciliar
 - 8) Escuta individual e sigilosa
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda específica
 - 11) Não atende crianças e adolescentes
-

60. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
 - 2) Denúncia ao DISQUE 100
 - 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
 - 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
 - 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
 - 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
 - 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
 - 8) Acompanhamento intersetorial
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda
 - 11) Não atende essa demanda específica
-

III.5 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

61. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

62. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

63. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “diffíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade
 - 2) Encaminha para serviço de referência
 - 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
 - 4) Discute o caso com supervisão externa
 - 5) Realiza busca ativa
 - 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
 - 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
 - 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas
-

64. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
 - 2) Acompanhamento com protocolo
 - 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
 - 4) Orientação de dieta
 - 5) Prevenção e tratamento de obesidade
 - 6) Solicitação periódica de exames
 - 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
 - 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
 - 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
 - 10) Orientação de atividade física
 - 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
 - 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 13) Outras atividades
 - 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial
-

65. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
 - 2) Potássio
 - 3) Creatinina sérica
 - 4) Glicemia de jejum
 - 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
 - 6) Triglicerídeos
 - 7) Ácido úrico
 - 8) Eletrocardiograma – ECG
 - 9) Exame de fundo de olho
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial
-

66. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
 - 2) Acompanhamento com protocolo
 - 3) Orientação de dieta
 - 4) Prevenção e tratamento de obesidade
 - 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
 - 6) Solicitação periódica de exames
 - 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
 - 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
 - 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
 - 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
 - 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
 - 12) Orientação de atividade física
 - 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
 - 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II
-

67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
 - 2) Urina I
 - 3) Microalbuminúria
 - 4) Creatinina sérica
 - 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
 - 6) Triglicerídeos
 - 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
 - 8) Exame de fundo de olho
 - 9) Eletrocardiograma – ECG
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II
-

68. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
 - 2) DST/ aids e hepatites virais
 - 3) Andropausa
 - 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
 - 5) Paternidade e relações familiares
 - 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
 - 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
 - 8) Situações de violência
 - 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
 - 10) Risco cardiovascular
 - 11) Incontinência urinária masculina
 - 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
 - 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
 - 14) Outras - especifique: _____
 - 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens
-

69. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
 - 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
 - 3) Prevenção de quedas
 - 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
 - 5) Orientação sobre alimentação
 - 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
 - 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
 - 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
 - 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
 - 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 11) Investigação do suporte familiar e social
 - 12) Atenção domiciliar
 - 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
 - 14) Outros - especifique: _____
 - 15) Não existem atividades específicas para idosos
-

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
 - 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
 - 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
 - 4) Livre declaração do idoso
 - 5) Discussão de caso em equipe
 - 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
 - 7) Visita domiciliar
 - 8) Escuta individual e sigilosa
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda específica
 - 11) Não atende idosos
-

71. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
 - 2) Denúncia ao DISQUE 100
 - 3) Denúncia à autoridade policial
 - 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
 - 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
 - 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
 - 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
 - 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
 - 9) Não sabe informar
 - 10) Não temos esse tipo de demanda
 - 11) Não atende essa demanda específica
-

72. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
 - 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
 - 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
 - 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
 - 5) Grupo de apoio aos cuidadores
 - 6) Outras - especifique: _____
 - 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores
-

73. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
 - 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
 - 3) Visitas periódicas com médico(a)
 - 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
 - 5) Orientações de higiene bucal
 - 6) Assistência odontológica domiciliar
 - 7) Orientações quanto aos direitos sociais
 - 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
 - 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
 - 10) Atenção à família em caso de óbito
 - 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
 - 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 13) Não realizamos cuidados no domicílio
-

74. Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos religiosos
 - 2) Associações de Bairro
 - 3) Centro de Convivência do Idoso
 - 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
 - 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
 - 6) CRAS
 - 7) CREAS
 - 8) Organização Não Governamental (ONG)
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
 - 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade
-

III.6 Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

75. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
 - 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
 - 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
 - 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
 - 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
 - 6) Capacitação da equipe
 - 7) Encaminhamento para outros serviços
 - 8) Outros Quais: _____
 - 9) Não realiza nenhuma atividade
-

76. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
 - 2) Escolares de nível fundamental
 - 3) Jovens e adolescentes
 - 4) Idosos
 - 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
 - 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
 - 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
 - 9) Não realizamos essas ações de forma planejada
-

77. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
 - 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
 - 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
 - 4) Não distribuimos preservativos nesta Unidade
-

78. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
 - 2) Aconselhamento pré teste
 - 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
 - 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
 - 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
 - 6) Tratamento sintomático das DST
 - 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
 - 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
 - 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
 - 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
 - 11) Outros - especifique: _____
 - 12) A Unidade não atende DST/aids
-

79. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
 - 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
 - 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
 - 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
 - 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites
-

80. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
 - 2) Convocação do paciente
 - 3) Notificação Compulsória
 - 4) Encaminhamento para serviços de referência
 - 5) Acompanhamento na própria Unidade
 - 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
 - 7) Orientações de cuidados com os parceiros
 - 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites
-

81. As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
 - 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
 - 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
 - 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
 - 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids
-

82. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
 - 2) Convocação do paciente
 - 3) Notificação Compulsória
 - 4) Encaminhamento para serviços de referência
 - 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
 - 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
 - 7) Orientações de cuidados com os parceiros
 - 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites
-

83. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
 - 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
 - 3) Ações educativas
 - 4) Pesquisa de HIV
 - 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
 - 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
 - 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
 - 8) Tratamento supervisionado na Unidade
 - 9) Tratamento supervisionado no domicílio
 - 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
 - 11) Notificação Compulsória
 - 12) Capacitação da equipe
 - 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose
-

84. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
 - 2) Acompanhamento de casos
 - 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
 - 4) Ações educativas na família e na comunidade
 - 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
 - 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
 - 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
 - 8) Tratamento supervisionado na Unidade
 - 9) Tratamento supervisionado no domicílio
 - 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
 - 11) Notificação Compulsória
 - 12) Capacitação da equipe
 - 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 14) *Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase*
-

85. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
 - 2) Orientação para os cuidadores
 - 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
 - 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
 - 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
 - 6) Orientações quanto aos direitos sociais
 - 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
 - 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
 - 9) Vigilância e atenção em casos de violência
 - 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
 - 11) Capacitação da equipe
 - 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 13) *Não realizamos atenção a pessoas com deficiências*
-

86. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
 - 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
 - 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
 - 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
 - 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
 - 6) Encaminhamento para serviços de referência
 - 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
 - 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
 - 9) Orientações quanto aos direitos sociais
 - 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
 - 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador
-

87. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
 - 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
 - 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
 - 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
 - 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
 - 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
 - 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
 - 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
 - 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
 - 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
 - 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
 - 12) Encaminhamento para serviço de referência
 - 13) Nenhuma das condutas anteriores
-

88. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
 - 2) Investigação do uso de outras drogas
 - 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
 - 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
 - 5) Redução de danos
 - 6) Intervenção Breve
 - 7) Grupos de apoio ao usuário
 - 8) Grupos de apoio aos familiares
 - 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
 - 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
 - 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
 - 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
 - 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
 - 15) Outros - especifique: _____
 - 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
 - 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda
-

89. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
 - 2) Investigação do uso de álcool
 - 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
 - 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
 - 5) Redução de danos
 - 6) Intervenção Breve
 - 7) Grupos de apoio ao usuário
 - 8) Grupos de apoio aos familiares
 - 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
 - 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
 - 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
 - 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
 - 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)
 - 15) Outros - especifique: _____
 - 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
 - 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda
-

90. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
 - 2) Visita domiciliar periódica
 - 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
 - 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
 - 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
 - 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
 - 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
 - 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
 - 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
 - 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
 - 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não realizamos atendimento dessa população específica
-

91. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
 - 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
 - 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
 - 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
 - 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos
-

92. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua
- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Quais: _____
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

III.7 Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
 - 2) Restauração de amálgama
 - 3) Restauração com resina composta
 - 4) Extração de dente
 - 5) Drenagem de abscesso
 - 6) Sutura
 - 7) Frenectomia
 - 8) Remoção de cistos
 - 9) Acesso à polpa dentária
 - 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
 - 11) Coleta de material para biópsia
 - 12) Pulpotomia
 - 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
 - 14) Tratamento de alveolite
 - 15) Ulotomia/Ulectomia
 - 16) Cimentação de prótese
 - 17) Outro. Qual (is): _____
 - 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal
-

IV. GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

96. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- 10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

97. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
 - 2) Número de consultas de enfermagem
 - 3) Número de atendimentos odontológicos
 - 4) Número de consultas por faixa etária
 - 5) Número de grupos realizados
 - 6) Número de vacinas realizadas
 - 7) Número de coletas de Papanicolaou
 - 8) Número de visitas domiciliares
 - 9) Número de atendimentos não agendados ou “extras”
 - 10) Faltas em atendimentos agendados
 - 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
 - 12) Outros - especifique: _____
 - 13) Não realiza registro de nenhuma informação
-

98. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
 - 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
 - 3) Não são utilizados para planejamento
-

99. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade
 - 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
 - 3) Dados epidemiológicos da população do município
 - 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
 - 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
 - 6) Discussões com a participação dos usuários
 - 7) A Unidade não realiza planejamento local
-

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
 - 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
 - 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
 - 4) Sem definição de área de abrangência
-

101. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
 - 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
 - 3) Dados do cadastro das famílias
 - 4) Estudos na comunidade
 - 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
 - 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento
-

102. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
 - 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
 - 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
 - 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
 - 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
 - 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: _____
 - 7) Não participou de nenhuma avaliação
-

103. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
 - 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
 - 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
 - 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
 - 5) Não houve modificações
 - 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior
-

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
 - 2) Médico
 - 3) Dentista
 - 4) Assistente Social
 - 5) Outro profissional. Qual: _____
 - 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
 - 7) Essa Unidade não tem gerente
-

105. A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
 - 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
 - 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
 - 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
 - 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
 - 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
 - 7) Outra Qual: _____
 - 8) Essa Unidade não tem gerente
-

106. O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
 - 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
 - 3) Visita eventual de supervisão
 - 4) Comunicações escritas ou por internet
 - 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central
-

107. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
 - 2) Quinzenal
 - 3) Mensal
 - 4) Bimestral ou intervalos maiores
 - 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
 - 6) Não ocorreram reuniões
-

110. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
 - 2) Saúde da Mulher
 - 3) Saúde da Criança
 - 4) Saúde do Homem
 - 5) Saúde do Idoso
 - 6) Saúde Mental
 - 7) DST e aids
 - 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
 - 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não realizou atividades
-

111. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
 - 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
 - 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
 - 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
 - 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
 - 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
 - 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde
 - 8) Outros - especifique: _____
 - 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular
-

112. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
 - 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
 - 3) Site da internet
 - 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
 - 5) Diretamente à direção local da Unidade
 - 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
 - 7) Diretamente com o nível central
 - 8) Conselho Municipal de Saúde
 - 9) Outros - especifique: _____
 - 10) Não há canais formais de reclamação
-

113. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal
- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 17) Outros Quais: _____
- 18) Não existem obstáculos importantes

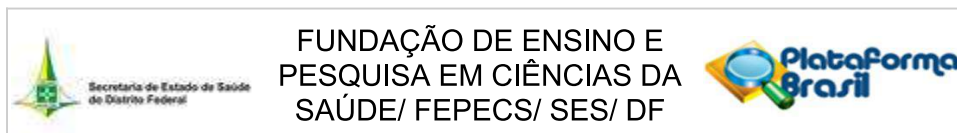
114. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
- 2) Médicos
- 3) Enfermeiros
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Equipe toda de profissionais
- 6) Secretário (a) Municipal de Saúde
- 7) Outros Quais: _____

115. Observações / Sugestões / Críticas:

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MELHORIA DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TOCANTINS

Pesquisador: PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38810320.9.0000.5553

Instituição Proponente: ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.501.014

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado por médica aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da ESCS para avaliar a "RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MELHORIA DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TOCANTINS".

Objetivo da Pesquisa:

O projeto apresenta como objetivos:

"Objetivo Primário:

- Analisar a associação entre o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e melhoria da Atenção Básica do Município de Palmas - TO;

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil dos serviços de Atenção Básica de Saúde de Palmas - TO nas Unidades Básicas de Saúde, com e sem o Programa de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade;
- Caracterizar a estrutura e serviços nas Unidades Básicas de Saúde com e sem o Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, no município de Palmas - TO;
- Analisar a qualidade dos serviços da Atenção Básica de Saúde em Unidades Básicas de Saúde,

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

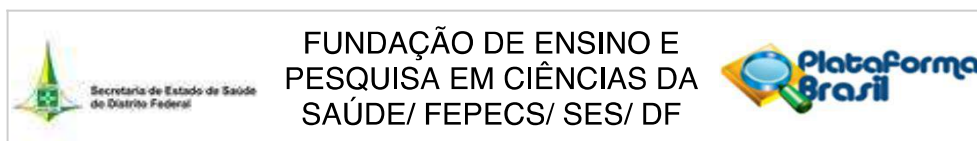
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.501.014

com e

sem o Programam de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade.

• Avaliar se as atividades de formação realizadas pelo programa de residência de medicina de família e comunidade para os médicos da Estratégia de Saúde da Família aumentam a resolutividade da Atenção Básica."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos aos participantes da pesquisa são inerentes a dimensão psíquica, pois o participante poderá sentir -se desconfortável ao responder as perguntas, e/ou constrangido. Todos os dados serão tratados anonimamente e analisados de forma agregada, não identificável. Será garantida a confidencialidade dos dados e a preservação da individualidade e da privacidade dos entrevistados. Os dados dos serão armazenados em ambiente sigiloso, pelo tempo necessário para o estudo.

Benefícios:

Espera-se conhecer o resultado das ações realizadas pelo PRMFC e se as mesmas causam melhoria na Atenção Básica do Município de Palmas-TO.

Com a produção do artigo científico e relatório técnico de tradução do conhecimento para os gestores, elaborados a partir dos resultados desse estudo, espera-se dar subsídio aos gestores locais e coordenadores dos programas de residência médica, com informações de dados necessários para fomentar a estruturação e desempenho da Atenção Básica do Município de Palmas-TO bem como fornecer estratégias de formação em saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Os entrevistados serão divididos em dois grupos de acordo com a Unidade Básica de Saúde possuir ou não Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. As UBS foram pareadas respeitando o mesmo perfil socioeconômico e território de saúde. Teste de Kolmogorov-Smirnov será utilizado para avaliar a normalidade dos dados. De acordo com sua distribuição, os dados quantitativos serão expressos como média \pm desvio padrão (DP) ou como mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQ25-75%). As variáveis categóricas serão expressas em número e porcentagem (%). Para variáveis quantitativas, será utilizado Teste t de Student ou Mann-Whitney, quando apropriado. Para variáveis categóricas, serão usadas tabelas de contingência e teste qui-quadrado de Pearson (2) ou o teste exato de Fisher, conforme apropriado. A análise estatística será realizada por meio do Statistical Package for Social Sciences 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). Para os resultados dos testes

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

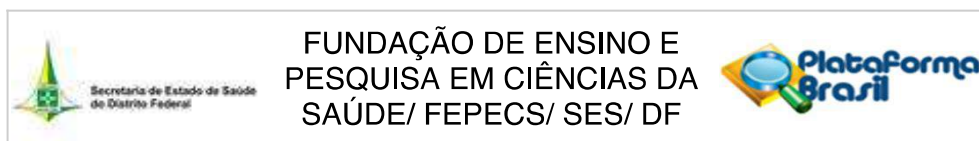
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.501.014

estatísticos será considerado um nível de 95% de confiança." Serão entrevistados 80 profissionais de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Carta de resposta à pendências.
- Cronograma ajustado
- TCLE Modificado
- Instrumento de coleta de dados
- Carta Resposta às Pendencias

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

A equipe de pesquisa atendeu às recomendações apontados no último parecer, conforme "CartaRespostaPendencias.pdf" anexada.

**O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

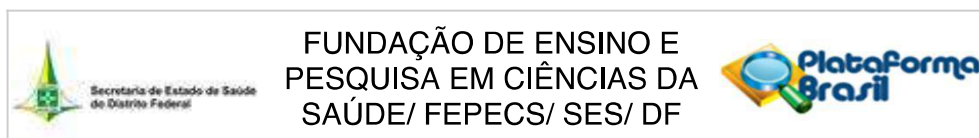
O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

*Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo de seu Estado (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	CEP: 70.710-904
Bairro: ASA NORTE	
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)2017-2127	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.501.014

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630238.pdf	17/12/2020 10:17:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisado_plataformabrasil2.pdf	17/12/2020 10:14:00	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaRespostaPendencias.pdf	17/12/2020 09:59:05	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Outros	questionario_sociodemografico_corrigido.pdf	17/12/2020 09:55:05	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_FEPECS.pdf	17/12/2020 09:49:02	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Cronograma	cronogram_corrigido.pdf	17/12/2020 09:47:40	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Outros	carta_anuencia_assinada.pdf	30/09/2020 11:36:31	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Outros	termo_compromisso_pesquisador_FPECS.pdf	30/09/2020 11:35:40	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Outros	1ModCartaEncamProjetoCEPFEPECS3 assinada.pdf	30/09/2020 11:34:30	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Outros	curriculo_fabio_lattes.pdf	30/09/2020 11:31:36	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Outros	curriculo_patricia_lates.pdf	30/09/2020 11:30:53	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	28/09/2020 11:12:12	PATRICIA CASTRO DOS SANTOS POVOA PONTIERI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

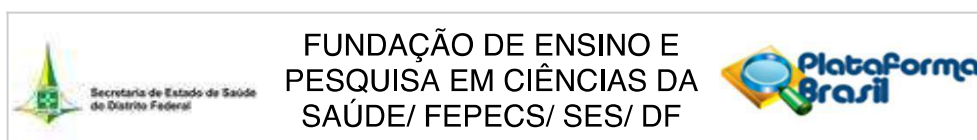
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.501.014

BRASILIA, 18 de Janeiro de 2021

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com