

TIAGO SALESSI LINS

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTÁGIO EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Passos Soares  
Co-orientador: Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho

MACEIÓ

2014

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

TIAGO SALESSI LINS

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTÁGIO EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional de Ensino da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Faculdade de Medicina (FAMED), aprovada em 15 de agosto de 2014.

---

Prof. Dr. Francisco José Passos Soares - Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

**Banca Examinadora:**

---

Profa Dra Jória Viana Guerreiro- UFPB- Examinador Externo

---

Profa Divanise Suruagy Correia- UFAL- Examinador Interno

---

Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho- Examinador Interno

Dedico este trabalho ao meu amado pai, Manoel Álvaro Lins, que sempre foi uma referência e esteve presente apoiando nos momentos mais difíceis e decisivos de minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, que através de sua esfera de amor me deu suporte e a possibilidade de desenvolver minhas aptidões.

À minha Mãe (em memória) pelo seu amor e cuidado que impulsionam sempre a dar um passo a mais buscando respeito e amadurecimento.

À Eliana Almeida pelo carinho que aliado a sua torcida constante e *expertise* ofereceu preciosos conselhos e despertar nesta caminhada.

À Julyana Assis, pessoa com quem amo partilhar cada momento e a vida. Seu olhar sobre o mundo e as coisas são inspiradores. Seu apoio e incentivo impulsionaram a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Francisco José Passos Soares, que além de um grande professor, é para mim um líder coerente com suas convicções e luta permanentemente na construção de uma Universidade melhor.

Ao Prof. Dr. Jorge Artur Coelho pela disponibilidade e objetividade de suas orientações na construção da dissertação e as boas conversas reflexivas compartilhando apreensões para além do mestrado.

Aos membros da Banca pela disponibilidade, atenção e contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

À Rosa Sampaio que possibilitou a ampliação de minha percepção para as questões mais sutis da vida.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhoraram tudo o que tenho produzido na vida.

Ao mestrado de Ensino na Saúde e às pessoas com quem convivi neste espaço ao longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada do conhecimento foram uma grande experiência para minha formação.

“Ser tolerante não é ser conivente com o intolerável, não é acobertar o desrespeito, não é amaciar o agressor, disfarçá-lo. A tolerância é a virtude que nos ensina a conviver com o diferente, a respeitar o diferente e a aprender com o diferente. Consentir a convivência, não muito desejada, de meu contrário, não é tolerância. Isto é hipocrisia. Hipocrisia é defeito, desvalor. Tolerância é virtude.” (FREIRE, 1996)

## RESUMO

A adoção de novas medidas orientadoras do perfil profissional por meio de mudanças na graduação tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante tornou necessária a avaliação da qualidade da atenção à saúde desenvolvida nos novos cenários de ensino-aprendizagem. O objetivo deste estudo foi avaliar os atributos da APS desenvolvidos durante o estágio de internato em Saúde da Família do curso médico da UFAL. Trata-se de um estudo correlacional e de comparação de grupos, em que os dados foram coletados por meio do questionário PCATool-Brasil aplicado aos preceptores médicos das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e discentes que já haviam cursado o estágio em Saúde da Família. Identificou-se que entre os estudantes a média de idade foi de 24 anos e os preceptores tinham em média 19 anos de atuação na APS e 10 anos na mesma UBSF. As médias dos escores para ambos, preceptores e discentes, foram consideradas boas: escore essencial foi 6,71 e 6,78; escore derivado, 7,35 e 7,67; e escore geral, 6,88 e 6,91, para preceptores e discentes respectivamente. No entanto, evidenciaram-se fragilidades nos atributos de acesso (5,94 e 5,91), coordenação do cuidado (5,33 e 5,00), integralidade e serviços complementares disponíveis (6,36 e 5,99). Foi evidenciado que as UBSF de ensino da UFAL apresentam a maioria dos escores médios satisfatórios para a presença e extensão dos atributos da APS de maneira a contribuir para uma formação adequada às necessidades de saúde da população, e os pontos frágeis podem ser foco de ações conjuntas entre a academia, o serviço e a gestão, fortalecendo assim sua integração. A partir da necessidade de adaptar o PCATool para os discentes e da experiência com o estudo atual elaborou-se um produto de intervenção com o intuito de servir como ferramenta de avaliação do estágio e de percepção das ações desenvolvidas na APS. Desta forma, busca-se incentivar a integração ensino-serviço e dar continuidade ao processo de avaliação institucional.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

As new guidelines for professional profiles were adopted, using Primary Health Care (PHC) as the structural axis for undergraduate courses, it is necessary to assess the quality of PHC developed under the new scenario of students practice. This work aims to evaluate the attributes of PHC developed during an internship in Family Health. This is a correlational study as well as a group comparative study. The data were collected through PCATool-Brazil, and also applied to both medical preceptors of Basic Unit Family Health (UBSF) and students who attended the Health Family training in the Federal University of Alagoas (UFAL). It was identified that the students were 24 years-old on average and the preceptors had a mean of 19 years of work experience with PHC and 10 years experience with UBSF. The average scores for both preceptors and students were considered good: essential scores were 6.71 and 6.78, derivative scores were 7.35 and 7.67 and overall scores were 6.88 and 6.91 for the preceptors and the students respectively. However, some fragilities were highlighted on access attributes (5.94 and 5.91), care coordination (5.33 and 5.00), integrality and complementary services (6.36 and 5.99). It was evident that the teaching UBSFs at UFAL demonstrate average scores that are up to standards for the existence and extension of APS attributes. As such, they can contribute to insure a training adapted to the health needs of the population. On the other hand, the lower scores that suggest a weakness on the system may be the focus of joint actions between the academia, health services and management, thereby toughening their integration. The need to adapt the PCATool for students in addition to the experience of its use were the base for the elaboration of an intervention method. That will be used as a tool for assessing the stage and as perception instrument of the actions developed in the Primary Health Care. Therefore, it becomes necessary to encourage the integration between teaching methods and health services as well as a continuous assessment.

**KEY WORDS: Primary Health Care. Health Education. Health Care Quality, Access, and Evaluation.**

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação das médias dos escores essencial, derivado e geral dos preceptores e discentes. Maceió-AL, 2014. ....	26
Tabela 2 – Comparação dos escores médios por atributo da APS, segundo preceptores e discentes. Maceió-AL, 2014. ....	27



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos atributos do PCATool com exemplos e número total de itens. .....	24
Quadro 2– Frequência das respostas para todos os itens de cada atributo do PCATool pelos preceptores. Maceió-Al, 2014. ....	56

**LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS**

APS	Atenção Primária  Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
PACS	Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste
PCATool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PSF	Programa de Saúde da Família
UBSF	Unidade Básicas de Saúde da Família
UBSTRAD	Unidades Básicas de Saúde Tradicionais
UFAL	Universidade Federal da Alagoas
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

### INTRODUÇÃO

<b>1. ARTIGO - AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTÁGIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>18</b>
1.1 INTRODUÇÃO.....	18
1.2 MÉTODO.....	21
1.2.1 Delineamento.....	21
1.2.2 Procedimentos.....	22
1.2.3 Questionários PCATool.....	22
1.2.4 Análise de dados.....	23
1.3 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	25
1.4 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
<b>2. PRODUTO DE INTERVENÇÃO – AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM DO INTERNATO DE MEDICINA .....</b>	<b>37</b>
REFERÊNCIAS.....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNCICE.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>60</b>

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado de uma construção social de minha trajetória desde a graduação como membro do movimento estudantil até minha inserção como professor no curso de medicina da UFAL. Trajetória esta que foi consolidando o meu interesse em contribuir no fortalecimento da universidade pública e de um sistema de saúde universal através de minha inserção na Atenção Primária à Saúde (APS) e no ensino.

Minha atuação na APS, somando-se com a contribuição de outras pessoas, resultaram nesta pesquisa que busca enfatizar o local de destaque do trabalho conjunto entre a academia e o serviço na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta dissertação refere-se a pesquisa correlacional entre as perspectivas do discente e preceptor médico da estratégia de saúde da família que avaliaram a qualidade da atenção dispensada aos usuários por meio do instrumento de avaliação da qualidade da APS (PCATool). Como resultado deste estudo produziu-se o artigo científico intitulado “Avaliação das ações em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (PPES-FAMED/UFAL), em agosto de 2014.

Ainda em cumprimento ao PPES da FAMED/UFAL, apresento o produto de intervenção decorrente da adaptação do PCATool à necessidade de incluir os profissionais médicos preceptores e os discentes na avaliação da qualidade da APS. Almejando contribuir para a aproximação entre o ensino e os serviços de saúde, propõe-se a inclusão deste instrumento de avaliação nas atividades de ensino realizadas na rede de atenção primária, o que possibilitará simultaneamente a identificação de fragilidades do processo de formação e assistencial, e a concretização de ações de intervenção na realidade orientadas pelos preceitos da pedagogia problematizadora, reflexiva e da educação permanente.

## INTRODUÇÃO

O Brasil, até meados do século XX, não possuía um sistema de saúde. A proposta para reforma do setor de saúde no Brasil começou a tomar forma em meados da década de 1970 e estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de variados setores da sociedade – incluindo desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM, 2011).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado (PAIM, 2011).

Posteriormente, foi organizado o SUS, com os princípios da universalidade, integralidade assistencial, promoção da saúde e participação da comunidade, com fundos públicos para a prestação de cuidados de saúde gratuitos para os cidadãos brasileiros.

Nos últimos anos, o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) – ou Atenção Básica, como é chamada no Brasil – tem sido enfatizado no SUS. Sua história é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções, até se consolidar como uma política. Esse modelo difundiu-se com grande intensidade nas décadas de 1960 e 1970 associado a princípios participativos e de democratização das práticas, retrocedendo na fase de reformas neoliberais nos anos 80, para reaparecer a partir da última década do século XX, com uma roupagem mais racionalizadora e instrumental (CONILL, 2008).

Em 1994, num contexto de necessidade de reforma dos sistemas de saúde no mundo, as evidências de efetividade da APS e sob influência de experiências exitosas em andamento voltadas para APS, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste (PACS), definiram-se as bases do que viria a ser o Programa de Saúde da Família (PSF).

Tanto o PACS como o PSF fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Impulsionados pelo processo de descentralização e pelo vazio programático para a questão assistencial no SUS, a implantação do PSF ocorreu em acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Em 2006, o Ministério da Saúde e as demais esferas gestoras, publicaram a Política Nacional da Atenção Básica definindo claramente as responsabilidades de cada esfera de governo quanto à APS e a reafirmação da Saúde da Família como estratégia nacional.

Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcança marcas significativas com ampliação da cobertura da população brasileira e melhoria dos indicadores de saúde (AQUINO, 2009; BRASIL, 2006). A proporção da cobertura populacional estimada da APS aumentou de 17,76%, em 2000, para 57,63%, em 2013 (BRASIL, 2014). Nas cinco regiões brasileiras, entre 1999 e 2006, as três principais causas de internação hospitalar por causas sensíveis a APS, em menores de 20 anos, foram as gastroenterites, asma e as pneumonias bacterianas. Houve redução das taxas de internação por gastroenterites (-12,0%) e asma (-31,8%) e, incremento de 142,5% nas taxas de internações por pneumonias bacterianas, tendências que ocorreram de forma distinta por faixa etária e região.

As causas analisadas podem estar associadas a uma grande variedade de fatores. Entre estes, a rede de serviços existentes e às ações específicas da prestação do cuidado pela APS podem influenciar a melhora dos indicadores. Sendo assim, ao menos parcela da redução das internações hospitalares relacionadas a este problema de saúde pode estar associada à maior cobertura e melhoria da atenção à saúde, especialmente após a implantação e expansão da ESF no país (MOURA, 2010).

O impacto da ESF não se limita às regiões mais pobres, um estudo demonstrou a tendência da redução de 1% na mortalidade infantil associado ao incremento de 10% na cobertura do ESF. Por sua vez o aumento de 10% na taxa de pobreza esteve associado com um aumento de 2,1% nos óbitos infantis (ZANINE, 2009).

Entretanto, esta estratégia apresenta desafios para a sua consolidação como problemas de infraestrutura, déficit de profissionais qualificados em quantidade suficiente, contratos de trabalho temporários, alta rotatividade da força de trabalho médica e uma cultura de fragmentação do cuidado, que não responde a tripla carga de doenças representada pela: persistência de problemas infecciosos endêmicos, pelo impacto dos agravos relacionados às causas externas e pelo avanço dos agravos crônicos e degenerativos (MENDES, 2010).

Nesta perspectiva, torna-se necessária uma APS que possa atuar na coordenação de uma rede de cuidado integral que atue através de modelos de atenção à saúde para condições agudas e crônicas (MENDES, 2010). Com isso, a necessidade de reformulação do modelo assistencial emergiu como questão prioritária. Neste sentido, a expansão da APS é um desafio estratégico (HENRIQUE, 2008) assumindo o papel de porta de entrada do sistema de saúde, a responsabilidade pela longitudinalidade do cuidado e a integração de aspectos físicos,

psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde (STARFIELD,2002).

A partir daí, uma constatação se evidenciou que as faculdades de Medicina não estavam formando o profissional adequado a esse modelo assistencial. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas reorientadoras do perfil profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendessem aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde (NOGUEIRA, 2009). Sendo assim, o SUS pode ser considerado uma superfície de emergência de novas demandas que alavancam as transformações requeridas na educação médica brasileira, tendo sido instituído na constituição federal como ordenador da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL,1988).

A educação médica localiza-se em uma dimensão de ampla interface entre as políticas da saúde e da educação. Portanto, os cursos de medicina vivenciam, na atualidade, um processo de transformação dependente diretamente das políticas do Ministério de Educação (BATISTA, 2006; FEUERWERKER, 2003), bem como daquelas diretamente ligadas às políticas de saúde, considerando que cabe ao Ministério da Saúde, através do SUS, ordenar a formação de recursos humanos dessa área (BRASIL, 1988).

É na própria história da educação que se encontra a separação entre a vida real e o ensino. Na educação médica, os Hospitais Universitários são a representação fundamental desta separação: isolam os educandos do macrocontexto social, construindo uma barreira na percepção concreta das necessidades da maioria da população e nas formas corretas de solucionar as necessidades. A proposta estabelecida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico (2014) sugere a inserção nas redes de serviços de saúde desde o início e ao longo do curso de Graduação de Medicina considerando que os vários locais que produzem saúde são cenários de aprendizagem. Os cenários na APS, permitem ao aluno conhecer e vivenciar a organização do trabalho em equipe, as políticas de saúde e a apreensão do conceito ampliado de saúde. Este ocorre em um processo com contato continuado e ganho gradual de complexidade e autonomia nas atividades a serem realizadas pelos discentes.

Focalizar o ensino médico como uma prática social e reconhecer que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, permitem identificar uma consonância com os pressupostos que tem orientado a reordenação de novas práticas do ensino e dos serviços mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (ALVES, 2005; FEUERWERKER,2003). Desta forma leva-se o aluno a compreender a abordagem das doenças prevalentes, tanto agudas como crônicas. Como exemplo: o controle das doenças crônicas só pode ser alcançado com sucesso pela alteração dos padrões de comportamento

humano e pela adoção de um modelo de cuidado a longo prazo, por meio de uma abordagem multidisciplinar e cooperativa, rompendo com o modelo biomédico e curativo (NOGUEIRA, 2009). As novas formas de se produzir saúde têm sido concebidas na APS como campo aglutinador de múltiplas iniciativas de mudanças do modelo de atenção em saúde (CONILL, 2008).

Antes de abordarmos um modelo conceitual para a medida da qualidade da APS, necessita-se definir uma estrutura para a medida da qualidade e também seu significado. O termo qualidade apresenta duas dimensões: objetiva e subjetiva. Para os autores, a qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável e, portanto, generalizável, sendo esse o tratamento que predomina na literatura científica. Já a dimensão subjetiva habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento expressando singularidades (UCHIMURA, 2002). Neste estudo, para avaliação dos serviços de APS, foi utilizado o referencial de Starfield (2002), que baseia-se, por sua vez, no modelo de Donabedian (REIS, 1999), que analisa a estrutura, processo e resultado, de forma quantitativa. O modelo de Donabedian tem apresentado grande aceitabilidade e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido (UCHIMURA, 2002).

Na definição de Starfield (2002) para os atributos da APS, o primeiro contato implica em acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde. A longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços. A coordenação é definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. A orientação familiar é um atributo derivado que implica em considerar a família como o foco da atenção. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.

O modelo de avaliação da qualidade proposto por Avedis Donabedian em 1966 – baseado na análise de estrutura, processo e resultado – tem apresentado grande aceitabilidade e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido. O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica. A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica, incluindo a



relação entre profissionais e pacientes, as atividades do paciente na procura do cuidado e as atividades dos profissionais ao provê-lo. E o componente resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (DONABEDIAN. 2005)

Nesta proximidade entre o serviço e o processo de formação dos profissionais da saúde e com a expansão da APS, torna-se imprescindível a avaliação da qualidade da APS desenvolvida nos espaços de prática profissional em que os discentes são inseridos de maneira a preservar seus principais fundamentos conceituais e alcançar as melhorias desejadas.

Para a avaliação das instituições de ensino, e da qualidade dos serviços, preconiza-se o envolvimento dos vários atores e setores. No processo de ensino-aprendizagem, na atualidade, com as metodologias ativas, o aluno se torna o centro deste processo. Por outra parte, o envolvimento do preceptor, como membro do serviço, é capaz de representar outro prisma desta realidade tão complexa que é a formação em saúde.

Sendo assim, a avaliação dos espaços formativos poderá fornecer subsídios para uma reorientação das tomadas de decisões, e também contribuir no processo de consolidação do SUS através do fortalecimento de seus princípios, no desenvolvimento curricular do curso médico da UFAL e na incorporação de práticas institucionais de avaliação.

O objetivo do presente estudo foi avaliar os atributos da APS percebidos por discentes e preceptores, nos cenários de ensino-aprendizagem, durante o estágio em Saúde da Família, por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – do inglês Primary Care Assessment Tool), versão para profissionais de saúde e para o discente.

## **1. ARTIGO - AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTÁGIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **1.1 INTRODUÇÃO**

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi escolhida pelo Ministério da Saúde como o eixo de reorientação do modelo assistencial a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006. A partir daí, se constatou que as faculdades de Medicina não estavam formando o profissional adequado a esse modelo assistencial. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas reorientadoras do perfil profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde (NOGUEIRA, 2009).

A APS é, agora, amplamente aceita como a oferta da Medicina ao primeiro contato, a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente, e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012). Entretanto, a história da organização dos serviços orientados pela APS é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções, até se consolidar como uma política. Segundo Nogueira (2009), o SUS pode ser considerado como uma superfície de emergência de novas demandas que alavancam as transformações requeridas na educação médica brasileira.

A educação médica localiza-se em uma dimensão de ampla interface entre as políticas da saúde e da educação. Sendo assim, os cursos de medicina vivenciam um processo de transformação diretamente dependente das políticas do Ministério de Educação (BATISTA, 2006; FEUERWERKER, 2003), bem como das políticas de saúde, considerando que cabe ao Ministério da Saúde, através do SUS, ordenar a formação de recursos humanos dessa área (BRASIL, 1988).

A proposta estabelecida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médico (2001) sugere a inserção precoce do aluno em cenários diversificados de ensino-aprendizagem e enfatiza o papel desempenhado pela APS no processo de formação. Desta forma propicia-se aos estudantes no contato precoce com a comunidade um ganho continuado e gradual de complexidade e autonomia nas competências a serem desenvolvidas, relativas à compreensão da abordagem das doenças prevalentes, tanto agudas como crônicas. Como exemplo: o

controle das doenças crônicas só pode ser alcançado com sucesso pela alteração dos padrões de comportamento humano e pela adoção de um modelo de cuidado em longo prazo, por meio de uma abordagem multidisciplinar e cooperativa, rompendo com o modelo biomédico e curativo (NOGUEIRA, 2009).

Focalizar o ensino médico como uma prática social e reconhecer que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, permitem identificar uma consonância com os pressupostos que tem orientado a reordenação de novas práticas do ensino e dos serviços mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (ALVES, 2005; FEUERWERKER, 2003).

Nesta proximidade entre o serviço e o processo de formação dos profissionais da saúde e com a expansão da APS, torna-se imprescindível a avaliação da qualidade da APS desenvolvida nos espaços de aprendizagem dos alunos.

O modelo de avaliação da qualidade proposto por Avedis Donabedian em 1966 – baseado na análise de estrutura, processo e resultado – tem apresentado grande aceitabilidade e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido. O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica. A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica, incluindo a relação entre profissionais e pacientes, as atividades do paciente na procura do cuidado e as atividades dos profissionais ao provê-lo. E o componente resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde (REIS,1999).

Starfield (2002), a partir do referencial de Donabedian (1966), propõe um modelo conceitual para a medida da qualidade do processo de APS prestado a uma pessoa e a uma população usuária de um determinado serviço. De acordo com a autora, cada serviço de saúde, possui uma estrutura (ou capacidade), processo de atenção (ou desempenho) e resultados.

O presente estudo baseia-se na definição de Starfield (2002) para os atributos da APS. O primeiro contato implica em acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde. A longitudinalidade é definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica

em oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços. A coordenação é definida pela capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. A orientação familiar é um atributo derivado que implica em considerar a família como o sujeito da atenção. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.

O objetivo do presente estudo foi avaliar os atributos da APS percebidos por discentes e preceptores, nos cenários de ensino-aprendizagem, durante o estágio em Saúde da Família, por meio do instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – do inglês Primary Care Assessment Tool), versão para profissionais de saúde e para o discente.

## 1.2 MÉTODO

### 1.2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de comparação de grupos, em que os dados foram coletados por meio do instrumento PCATool-Brasil e aplicado aos preceptores médicos das Unidade Básicas de Saúde da Família (UBSF) e aos discentes que cursaram o estágio em Saúde da Família do curso médico da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Os dados foram coletados no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, no município de Maceió-AL.

À época do estudo existiam 10 UBSF que serviam como cenários de práticas do estágio, todas organizadas no modelo da ESF e distribuídas em três distritos sanitários do município, dos oito existentes. Foram entrevistados todos os 10 médicos preceptores vinculados ao estágio e 48 discentes do total de 74 que já haviam cursado o estágio em Saúde da Família, por amostragem não-probabilística e por conveniência. Nenhum dos sujeitos abordados negou-se a participar da pesquisa e nenhum questionário foi eliminado.

A proposta de inserção dos discentes nas UBSF visa a oportunidade de vivenciar a clínica na APS, permitindo uma visão do papel do médico na ESF, conforme preconizado pelo SUS (UFAL,2006; BRASIL,2001). Como meio para alcançar esses objetivos do estágio, os discentes integram-se às atividades profissionais tanto do médico como dos demais membros da equipe de Saúde da Família.

Atualmente, o estágio denominado Clínica Médica I é ofertado no décimo período do curso para vinte estudantes com duração total de doze semanas e uma carga horária semanal de quarenta horas. Dentro desta carga horária estão incluídas quatro horas semanais de atividade teórica na FAMED e oito horas, em ambulatórios de especialidade no Hospital Universitário. Os estudantes são distribuídos entre dez UBSF pertencentes à rede pública municipal conveniada com a UFAL. A quantidade de estudantes por UBSF depende de sua estrutura física, sendo, em média, dois estudantes para cada médico-preceptor.

### 1.2.2 Procedimentos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL (Anexo 1). Para a coleta de dados, foi utilizada a versão espelho do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – do inglês *Primary Care Assessment Tool*) adaptada e validada no Brasil para acompanhantes, por Harzheim et al (2006). A aplicação dos questionários aos preceptores foi realizada nas UBSF, em horários de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Os discentes foram entrevistados em pequenos grupos nos estágios seguintes ao Clínica Médica I. O questionário foi respondido de maneira autoaplicável respeitando a não identificação dos sujeitos.

### 1.2.3 Questionário PCATool

Na Johns Hopkins University, entre 1997 e 2001 foi elaborado o PCATool, um instrumento de avaliação da APS com três versões: para usuários adultos, para acompanhantes de crianças e para os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002). Este instrumento tem como objetivos identificar a presença e dimensionar a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados por Starfield. No Brasil, o instrumento PCATool já foi utilizado em estudos realizados nos municípios de Petrópolis, São Paulo, Curitiba, Rio Grande do Sul e Montes Claros. Os itens do PCATool-Brasil para acompanhantes foram adaptados afim de constituir uma versão para o médico-preceptor e outra para o discente, mantendo-se o conteúdo dos elementos avaliados e modificando-se, apenas, a redação da pergunta conforme o ponto de vista.

Malouin et al (2009) apontaram que o PCATool foi considerado, entre nove instrumentos, o único elaborado para avaliar as características da estrutura e do processo de cada um dos quatro atributos, e disponível em múltiplas versões. Entretanto, reconheceu como limitação do instrumento a utilização dos mesmos “pesos” para a medida de cada dimensão no cálculo dos escores essencial, derivado e geral da orientação à APS.

O PCATool foi elaborado para coletar informações a respeito das características operacionais e práticas – de estrutura e do processo – relacionadas à APS desenvolvidas por profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários. Segundo Starfield (2002), para medir o acesso de primeiro contato, é necessário avaliar a acessibilidade (elemento estrutural)

e a utilização (elemento processual). Para medir a longitudinalidade, é necessário avaliar a definição da população eletiva (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual). Para medir a integralidade, é necessário avaliar a variedade de serviços (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual). E por fim, para medir a coordenação do cuidado, é necessário avaliar a continuidade (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual).

A versão utilizada no estudo é composta por 62 questões divididas em oito domínios (quadro 1). As respostas são dispostas em escala Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo (de 1=“com certeza não”, 2=“acho que não”, 3=“acho que sim”, 4=“com certeza sim”). Para avaliação da qualidade da APS foram calculados os seguintes escores: Escore por Atributo - obtido através da média dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do PCATool; Escore Essencial- obtido através da média dos atributos essenciais (acesso, atenção continuada, coordenação e integralidade); Escore Derivado- obtido através da média dos atributos derivados (orientação familiar e comunitária) e Escore Geral da APS- valor médio dos atributos essenciais e derivados (HARZHEIM,2006; STARFIELD, 2002).

Os escores foram convertidos em uma escala de 0 a 10, por meio da aplicação da fórmula:  $\text{escore de 0 a 10 do atributo X} = (\text{escore de 1 a 4 do atributo X} - 1) \times 10 / (4 - 1)$ . Para análise e discussão considerou-se a seguinte classificação dos escores: até 6,5, ruim; 6,6 até 7,6, bom; 7,7 até 8,6, muito bom; 8,7 até 10, ótimo.

#### **1.2.4 Análise de dados**

As informações coletadas foram digitadas em um banco de dados a partir do qual foram realizadas as análises de frequências das variáveis quantitativas: categóricas e descritivas. As análises estatísticas a fim de comparar os valores dos escores obtidos no PCATool foram realizadas com o programa estatístico SPSS versão 21. Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviços, foi utilizado o teste “t” de *Student* e para análise das proporções utilizou-se o teste do qui-quadrado. Foi adotado nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

**Quadro 1 – Descrição dos atributos do PCATool com exemplos e número total de itens.**

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>EXEMPLOS DE ITENS</b>	<b>Nº de ITENS</b>
Acesso ao Primeiro Contato – Acessibilidade	Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? O paciente tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta com você?	06
Atenção Continuada	Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	08
Coordenação – Integração de Cuidados	Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	04
Integralidade - Serviços Básicos Disponíveis	Aconselhamento nutricional. Tratamento dentário	09
Integralidade Serviços Complementares Disponíveis	Aconselhamento para problemas de saúde mental. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	07
Integralidade-Ações de Promoção e Prevenção Disponíveis	Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. Como prevenir quedas.	15
Orientação Familiar	Você acha que conhece bem as famílias de seus pacientes? Você sabe quais são os problemas mais importantes para o seu paciente e sua família?	06
Orientação Comunitária	Você faz visitas domiciliares? Convida membros das famílias a participar do conselho de saúde?	04



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez preceptores do Estágio em Saúde da Família entrevistados oito eram mulheres e dois homens. Possuíam média de idade de 48 anos, média de 19 anos em relação ao tempo de atuação na APS e média de 10 anos de permanência na UBSF em que se encontravam no momento da pesquisa. Entre os estudantes, a média de idade foi de 24 anos, sendo 21 homens e 27 mulheres.

Este perfil dos profissionais evidenciado é divergente ao encontrado em estudos realizados em alguns estados e regiões do Brasil (VITORIA et al, 2013; GUARDA, 2012; TOMASI et al, 2008). Em um amplo estudo Tomasi et al (2008) verificaram que a maior proporção de trabalhadores na APS concentrou-se no grupo etário de 31 a 45 anos de idade, 48% dos trabalhadores estavam vinculados à UBS há mais de dois anos e esta proporção foi superior no Nordeste (55%) quando comparada com o Sul (37%). Também evidenciaram que na ESF existe uma menor proporção de mulheres, de mais jovens, dos com menos tempo de formados e dos com menos tempo no serviço quando comparada ao modelo tradicional.

Entre os médicos da ESF na região metropolitana do Recife, uma distribuição equilibrada de gênero, uma alta concentração de profissionais com idade acima de 40 anos (76,3%) e apenas 3,95% apresentou mais de 10 anos de trabalho na estratégia (GUARDA,2012). Em Chapecó foi observado um tempo médio de permanência do médico nas UBSF locais de 3,2 anos (VITORIA et al, 2013). Sendo assim pode-se observar que a população dos preceptores do internato de medicina da FAMED/UFAL apresenta uma larga experiência com período de permanência na mesma UBSF acima da média de outros lugares. Este perfil peculiar possivelmente é devido a fatores como vínculo de trabalho estável com plano de cargo e carreira, a baixa cobertura da ESF no município e ao longo tempo sem a realização de novos concursos públicos.

Conill (2002) aponta que o tempo de implantação, o tipo de movimento social existente na comunidade e as características dos profissionais têm maior efeito em algumas dimensões como: acesso e na integralidade do que fatores estruturais. Sendo assim, pode-se inquirir que o perfil dos profissionais pode influenciar de maneira significativa a qualidade dos serviços.

As médias dos valores encontrados no estudo atual para os escores essencial, derivado e geral, respectivamente, foram: 6,71, 7,35 e 6,88, pelos preceptores médicos e 6,78, 7,67 e

6,91 pelos discentes (tabela 1). O teste *t* indicou não existir diferenças estatisticamente significativas entre as percepções dos médicos preceptores e as dos discentes.

**Tabela 1 – Comparação das médias dos escores essencial, derivado e geral dos preceptores e discentes. Maceió-AL, 2014.**

	MÉDIA DO ESCORE	DESVIO PADRÃO	ERRO PADRÃO
<b>Escore Essencial</b>			
Preceptor	6,71 (6,1–7,32)	0,27	0,85
Discente	6,78 (6,58–6,98)	0,69	0,10
<b>Escore Derivado</b>			
Preceptor	7,35 (6,52-8,25)	0,38	1,2
Discente	7,67 (7,35-7,98)	1,07	0,15
<b>Escore Geral</b>			
Preceptor	6,88 (6,27-7,4)	0,26	0,85
Discente	6,91 (6,72-7,11)	0,66	0,09

Nota: (intervalo de confiança de 95%)

Diferentes pesquisadores que utilizaram o PCATool relataram escores essencial e geral significativamente maiores para as UBSF do que os atribuídos às unidades básicas de saúde tradicionais (UBSTRAD) (CHOMATAS, 2009; VAN STRALEN et al., 2008; IBAÑEZ et al., 2006;).

Na avaliação do escore geral sob a visão dos profissionais, Chomatas (2009) observou valores médios nas UBSF e nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBSTRAD), de 7,4 e 6,4, respectivamente. Van Stralen et al (2008) em estudo envolvendo cidades de Goiás e Mato Grosso do Sul com mais de 100.000 habitantes, também obtiveram o escore geral mais favorável para as UBSF em todos os municípios apesar de não ser a diferença estatisticamente significativa quando comparado às UBSTRAD. Castro et al (2012) realizaram estudo em Porto Alegre, no qual evidenciaram o escore geral médio para UBSF de 7,08 com diferença significativa quando comparado ao das UBSTRAD. Sendo assim, por meio do PCATool, verifica-se que os valores do escore geral encontrados nas UBSF de ensino da UFAL, encontram-se assemelhados aos de outras realidades nacionais.

Tomando-se como medida o escore essencial atribuído por profissionais, em Castro et al (2012) as UBSF apresentaram valor (média 6,84) significativamente maior do que o atribuído às UBSTRAD (média 6,45). Chomatas (2009) observou escore de 7,0 para as UBSF. Desta forma a média dos valores relativos ao escore essencial das UBSF de ensino da UFAL (6,71 e 6,78) também se apresenta similar à de outras localidades.

A maioria das dimensões analisadas pelos preceptores encontra-se com boa e muito boa qualidade. No entanto, as dimensões integralidade- serviços complementares disponíveis (6,36), acesso ao primeiro contato – acessibilidade (5,94) e coordenação – integração dos cuidados (5,33) obtiveram classificação ruim (tabela 2).

Por sua vez, houve similaridade na maioria dos escores atribuídos por discentes e preceptores, à exceção do atributo promoção e prevenção, significativamente melhor avaliado pelos preceptores (8,96 x 6,96). Neste atributo, apesar da diferença indicada pelo teste *t* entre os escores dos discentes e dos preceptores de 0,005 (IC 95%), ambos foram classificados como bons. Depreende-se destes resultados que preceptores e discentes apresentam uma percepção semelhante da qualidade do cuidado.

Estudos comparativos de atributos da APS segundo o modelo de UBS relatam maiores escores para as UBSF em relação ao modelo tradicional em todos os atributos, ainda que abaixo do valor desejado (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS,2009; VAN STRALEN et al.,2008; IBAÑEZ et al,2006) sendo estatisticamente significativas as diferenças para as dimensões “acesso de primeiro contato” e “integralidade- serviços prestados”.

**Tabela 2 – Comparação dos escores médios por atributo da APS, segundo preceptores e discentes. Maceió-AL, 2014.**

Atributos	Sujeitos	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança	
					Inf	Sup
<b>Acesso ao Primeiro Contato - Acessibilidade</b>	Preceptor	5,94	1,25	0,39	5,04	6,84
	Discente	5,91	1,04	0,15	5,60	6,21
<b>Atenção continuada</b>	Preceptor	7,03	0,97	0,30	6,34	7,73
	Discente	7,11	1,10	0,15	6,79	7,42
<b>Coordenação – Integração de Cuidados</b>	Preceptor	5,33	0,89	0,28	4,69	5,97
	Discente	5,00	1,63	0,23	4,52	5,47
<b>Serviços Básicos Disponíveis</b>	Preceptor	7,66	1,55	0,49	6,55	8,77
	Discente	7,78	1,27	0,18	7,41	8,15
<b>Serviços Complementares Disponíveis</b>	Preceptor	6,36	2,21	0,70	4,77	7,95
	Discente	5,99	1,72	0,24	5,48	6,49

**Tabela 2 (continuação)– Comparação dos escores médios por atributo da APS, segundo preceptores e discentes. Maceió-AL, 2014.**

<b>Serviços de Promoção e Prevenção</b>	Preceptor	8,26	1,08	0,34	7,40	9,04
	Discente	6,96	1,30	0,18	6,58	7,34
<b>Orientação Familiar</b>	Preceptor	7,20	1,18	0,37	6,43	8,13
	Discente	7,80	1,39	0,20	7,39	8,20
<b>Orientação comunitária</b>	Preceptor	7,58	1,49	0,47	6,51	8,65
	Discente	7,38	1,39	0,20	6,97	7,79

Nota: (intervalo de confiança de 95%)

A identificação e o detalhamento em quais pontos os serviços estão fortes ou frágeis podem ser realizadas pela verificação das respostas aos itens que compõem cada atributo (Tabela 2 - Apêndice 1). No entanto, mesmo havendo um grau alto de satisfação para com os serviços de saúde, poderá existir insatisfação substancial em relação a componentes específicos da atenção. Pode-se citar a espera maior do que 30 minutos pela consulta médica, sem contar com a pré-consulta e a necessidade de esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta médica demonstrando barreiras no acesso que devem ser ajustadas.

A acessibilidade é um dos atributos entre as menores médias no estudo atual. Este mesmo resultado foi verificado em outros estudos que também não evidenciaram diferenças significativas dos escores deste atributo entre UBSF e UBSTRAD (VAN STRALEN et al, 2008; CHOMATAS, 2009; IBAÑEZ et al 2006; MACINKO et al, 2004).

A ESF foi concebida para expandir o acesso à atenção primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e a rede de serviços de atenção à saúde mental. Em contraste com o esperado na ESF, o escore composto da avaliação da dimensão do acesso, neste estudo, para preceptores e discentes, foi baixo.

Percebe-se homogeneidade entre as respostas ao atributo atenção continuada com valores satisfatórios. O único item marcado de maneira, predominantemente, negativa foi a possibilidade de contato com o médico da UBSF por telefone. A presença adequada da atenção continuada é um fator essencial tanto para o sistema de saúde como para a formação médica, pois este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além do aumento da resolutividade e realização de procedimentos de maior complexidade nos cenários de prática (RAMOS, 2003).

Em conformidade com outros estudos, o escore médio para a dimensão atenção continuada, obtido na pesquisa atual (7,03 e 7,11), pode-se considerar bom para a APS. Na óptica dos profissionais, os resultados sugerem que os profissionais das UBSF percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer melhor sua população eletiva do que os tradicionais centros de saúde (VAN STRALEN et al, 2008; CHOMATAS,2009; IBAÑEZ et al, 2006; MACINKO, 2004) favorecendo maior adesão aos tratamentos de doenças crônicas e ao planejamento das atividades em saúde.

O escore atenção continuada indica, ainda, um maior acesso à mesma equipe de prestadores de cuidados de saúde ao longo do tempo. Segundo Woodward et al (2004), a continuidade promove o desenvolvimento de uma relação de confiança entre o indivíduo e o seu prestador de cuidados de saúde. Confiança, comunicação interpessoal e escolha são três variáveis que obtiveram forte associação com a satisfação (ADLER, 2010) evidenciado pelo alcance de melhores resultados por parte dos usuários, como: a tendência a cumprir melhor com o conselho dado, confiar menos em serviços de emergência, uma menor necessidade de internação e mais satisfação com cuidado. Por outro lado, os profissionais tendem a economizar tempo de consulta, reduzir o uso de testes de laboratório e custos e aumento de cuidados preventivos (OMS, 2008).

Na dimensão “coordenação- cuidado integrado” observam-se escores médios ruins atribuídos por preceptores e discentes (5,33 e 5,00). A principal fragilidade deve-se à falha na comunicação com outros serviços da rede assistencial por problemas na referência e contrareferência. Em outras pesquisas, essa dimensão apresenta-se com escores satisfatórios e não se observam diferenças quando comparados com os de outros tipos de serviço (CASTRO et al., 2012; STRALEN et al, 2008; CHOMATAS,2009). Pode-se inferir, nestes estudos, que a ausência de diferenças entre UBSF e UBSTRAD se deveu provavelmente pela sua inserção em um mesmo sistema de saúde municipal, sujeitos às mesmas condições de relação entre os níveis de atenção. Segundo Ibañez et al (2006), a coordenação apresenta grande diferença entre perspectivas dos usuários e dos profissionais, com profissionais avaliando estas dimensões muito bem (valor por volta dos 80%), ao passo que usuários avaliam negativamente esta dimensão, apenas em torno de 40% do total do escore possível. No entanto, Van Stralen et al (2008), não verificaram grandes diferenças entre usuários e profissionais.

A Saúde da Família agudiza o debate no interior do SUS, demonstrando a fragilidade do processo de construção social da saúde que tem avançado pontualmente, mediante o modelo neoliberal racionalizador focalizado, com baixo custo, constituindo um pacote básico

e excludente de assistência à saúde (GIL, 2006; CONILL,2002). Dos caminhos traçados na resolução desta contradição resultará ou no modelo baseado na racionalização da atenção para populações mais ou menos excluídas do processo de produção ou na democratização, com qualidade nas práticas e no acesso.

Identifica-se que a ESF, de fato, evolui de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na saúde (ALVES,2005; STARFIELD, 2002). No entanto, tais práticas permanecem marginais, não sendo suficientes para imprimir uma mudança no modelo assistencial. A manutenção e difusão da ESF indicam uma maior potencialidade no sentido das transformações dentro do sistema público na reforma brasileira, ainda que cercada de um conjunto de contradições.

As UBSF não podem assegurar a responsabilidade global para a sua população, sem o apoio de serviços especializados, organizações e instituições de referência. O papel de coordenação implica efetivamente em transformar a pirâmide de cuidados primários em uma rede, onde as relações entre a equipe de cuidados primários e as outras instituições e serviços não sejam baseadas apenas numa hierarquia de referência verticalizada, mas na cooperação e coordenação (VILAÇA, 2011). O baixo escore na dimensão “coordenação- cuidado integrado” na presente pesquisa, demonstra a distância que a ESF está de concretizar o seu papel de mediador entre a comunidade e os diferentes níveis de atenção à saúde organizados em serviços de referência e contra-referência.

Os serviços ofertados na UBSF são avaliados pelos atributos serviços básicos disponíveis e serviços complementares disponíveis. Na modalidade de serviços básicos disponíveis, na perspectiva dos profissionais, foram observados escores médios considerados bons, semelhantes aos demais estudos com participação dos profissionais (CHOMATAS, 2009; VAN STRALEN et al., 2008). O atual estudo indica a carência das ações básicas relacionadas à saúde bucal e aconselhamento nutricional nas UBSF de ensino da UFAL.

Já considerando o atributo “serviços complementares disponíveis” observam-se valores médios de escores para preceptores e discentes (6,36 e 5,99) considerados ruins em contraposição à outras pesquisas realizadas (CHOMATAS,2009; VAN STRALEN et al., 2008; IBAÑEZ et al,2006). Segundo Van Stralen et al. (2008) e Ibañez et al. (2006), os usuários não percebem grande diferença entre as UBSTRAD e UBSF. Entretanto, os profissionais de nível superior atribuem à saúde da família uma melhoria significativa do elenco de serviços ofertados (VAN STRALEN et al., 2008; IBAÑEZ et al., 2006). Entretanto, o presente estudo evidenciou a necessidade de aprimorar a estrutura e o processo para uma atenção qualificada à

comunidade quanto aos cuidados no manejo das condições comuns e de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade, tais como uso de drogas, identificação de problemas auditivos e visuais no idoso.

O atributo “integralidade- ações de promoção e prevenção recebidas”, observa-se através dos escores médios 8,26 e 6,96, pelos preceptores e discentes, respectivamente, está sendo executado pelos serviços de saúde, o que já demonstra uma maior aproximação entre as atividades médico-assistenciais e preventivas operando desta forma na mudança do modelo assistencial vigente. Sendo assim, acumulam-se evidências apontando para a viabilidade de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional (CONILL, 2002). E segundo Nogueira (2009) para que haja uma mudança efetiva do modelo assistencial, é imprescindível um repensar contínuo da teoria, da prática e das ações de saúde.

Os atributos “orientação comunitária” e “orientação familiar”, que compõem o escore derivado da APS, foram classificados como bons (tabela 2). Comparando-se com outros estudos percebe-se a semelhança dos escores encontrados e, além disto, com diferença estatisticamente significantes quando comparados às UBSTRAD (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS, 2009; VAN STRALEN et al., 2008). No entanto, pode-se verificar uma fragilidade nas respostas relativas às ações de estímulo ao controle social e ao desenvolvimento da autonomia do usuário.

Entre os principais dispositivos para o desenvolvimento inclusão das famílias no cuidado e a compreensão da realidade local, se destaca a visita domiciliar (VD) com 90% dos preceptores assinalando que “sempre” a realizam. Fica evidente a importância da VD, para a assistência e o ensino, ao perceber a potencialidade inovadora em virtude da aproximação das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias contribuindo para uma abordagem ampliada do processo saúde-doença.

Assim, são desenvolvidas inovações tecnológicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe para constituição de uma rede substitutiva ao produzir novos modos de cuidar (SILVA, 2010; FEUERWERKER, 2008), modelo no qual há que se valorizar a subjetividade com criação de vínculo e co-responsabilização dos sujeitos, bem como a ativação de redes sociais voltadas à produção do cuidado em saúde, nos vários contextos (ALBUQUERQUE, 2009).

Para Rowan (2002) é provável que o maior número de preceptores com escore satisfatório no desenvolvimento da APS, avaliados pelo PCATool, prove os benefícios para os estudantes de medicina que podem vivenciar mais aspectos da APS. Isto não isenta a inserção dos estudantes na APS nos diversos desafios, como: os diferentes tempos institucionais dos

serviços e do ensino, questões estruturais da própria ESF e a insuficiente conversação entre esta e a instituição de ensino, comprometendo a integração ensino-serviço-comunidade (COSTA et al, 2012). A ausência de estudos que incluíssem a perspectiva do discente, impossibilitou a comparação ampliada com outras realidades.

Todavia, o potencial da aproximação do estudante à futura prática no seu processo de aprendizagem e consequente desenvolvimento da competência profissional como médico, encontra estruturação conceitual nas discussões da aprendizagem como um processo de construção ativa pelo aprendiz e na relevância da problematização do ensino como caminho para concretizar o processo ensino-aprendizagem (BATISTA, 2008).



## CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que as UBSF de ensino da UFAL, na avaliação dos profissionais médicos e discentes, apresentam escores médios satisfatórios para a presença e extensão dos atributos da APS de maneira a contribuir para uma formação médica adequada às necessidades de saúde da população.

Todos os serviços possuem aspectos dos atributos a serem aprimorados: “acesso de primeiro contato- acessibilidade”, “coordenação do cuidado” e “serviços complementares disponíveis” que obtiveram os menores escores médios, indicando a necessidade de investir na estrutura e no processo de atenção com prioridade para a qualificação da APS no município com apoio da Universidade. Estes problemas podem funcionar como meios para a aproximação e melhor integração ensino-serviço servindo como temas norteadores das atividades a serem desenvolvidas em conjunto nas práticas de ensino da graduação e de educação permanente dos profissionais. Com isto sugere-se a realização de novos estudos que contemplem a percepção dos usuários, por meio do PCATool-Brasil de maneira a ampliar e complementar o atual.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde., Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 / fev. 2005.

ADLER, R., VASILADIS, A., BICKELL, N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. **Family Practice**, v. 27, p.171–178, 2010.

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p.1103-1112, mai, 2009.

BATISTA, S. H. da S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, abril, 2006.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. *In: PUCCINI, R.F., SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N.A.(orgs.). A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 101-115. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 16 de junho de 2012]. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 1133 de 07 de agosto de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília, 2001.

CASTRO, R.C.L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set, 2012.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, sup 1, p-7-27, 2008.

\_\_\_\_\_. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 18 (supl.), p.191-202, 2002.

COSTA, J. R. B. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.36, n. 3, p. 387 – 400, 2012.

CHOMATAS, E.R.V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Porto Alegre, 2009.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p.180-188, 2008.

GUARDA; F. R. B.; TAVARES, R. A. W.; DA SILVA; R. N. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Pan-Amaz. Saude**, v. 3, n. 2, p. 17-24, 2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1649-1659, ago, 2006.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, p. 683-703, 2006.

MACINKO, J. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int. J. Health Plann. Mgmt.**, v. 19, p 303–317, 2004.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools to assess the medical home. **Managed Care**, v. 18, n. 6, p. 44-48, 2009.

NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v. 33, n. 2, p.262 – 270, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primário em Saúde. Alma Ata, URSS, 6-12 setembro, 1978.

\_\_\_\_\_. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

ROWAN, M. S.; MACLEAN, C. Upholding the principles of primary care in preceptors' practices. **Family Medicine**, v. 34, n. 10, p. 744-749, nov/dec, 2002.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (supl 1), p.148-58, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS [UFAL]. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Maceió, 2006.

VITORIA, A.M. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p.285-93, Out-Dez, 2013.

WOODWARD, C.A. et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. **Social Science and Medicine**, v. 58, p 177-192, 2004.

## **2. PRODUTO DE INTERVENÇÃO – AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM DO INTERNATO DE MEDICINA**

Com a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS, um novo modelo de atenção a saúde foi construído. Com isto observa-se a necessidade da qualificação dos profissionais da saúde em resposta aos novos desafios desse sistema. Assim, a mudança na formação dos recursos humanos em saúde tem sido discutida para o aprimoramento das práticas e da relação profissional com os usuários, as comunidades e as instituições, contribuindo para a construção e consolidação de um sistema mais justo e orientado para as necessidades das pessoas e da sociedade (NEUMANN, 2012).

A nova lógica do SUS estabelece a APS como estratégia de organização e integração do sistema de saúde, sendo a ESF a porta de entrada preferencial do sistema (PAIM, 2010; STARFIELD, 2002). Entretanto, a APS exige recursos humanos diferenciados e ainda escassos (FEUWERVEKER, 2007).

O hospital ainda é o espaço hegemônico de formação dos profissionais da saúde. Essa presença marca as competências dos profissionais, mesmo quando se encontram trabalhando na ESF. Embora a clínica na Atenção Básica seja muito complexa, não só pela necessidade de entender o sujeito, mas também pela necessidade de negociação da terapêutica, as corporações tendem a negar essa complexidade (CUNHA, 2010; FEUERWERKER, 2007).

Porém, sabe-se que, na vida profissional do graduado, seu campo de trabalho não está restrito ao setor terciário, pelo contrário, a maioria dos postos de trabalho está nos setores primário e secundário. A ESF criou um extenso campo de trabalho para o médico. Para seu sucesso, contudo, são necessários médicos com características particulares: generalistas, capazes de se inserir na comunidade, lidar com indicadores epidemiológicos, com cobertura populacional, promover práticas de vigilância à saúde e se integrar com os demais profissionais da saúde.

Objetivando induzir mudanças na graduação, os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio das Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina e de programas como Promed, Pró-Saúde e PET-Saúde, têm salientado a importância da reformulação do ensino médico de forma a adequá-lo às necessidades do SUS (NEUMANN, 2012). Diante dessa realidade, as universidades vêm buscando se adequar às Diretrizes Curriculares do curso de Medicina, mediante a expansão do ensino para a APS. Nesta, o aluno inicia um contato imediato à entrada no curso com a comunidade em que irá atuar. Além disso, os currículos

estão sendo reorganizados para que os estudantes tenham um contato longitudinal com a APS, estagiando em UBSF durante todo o curso.

A consideração da APS como nível adequado de formação profissional para os alunos de medicina é determinada pelo fato de que, na comunidade, o aluno está numa posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo saúde-doença e sua abordagem ampliada, assim como a complexidade e importância da relação médico-paciente, compreender a abordagem das doenças prevalentes, tanto agudas como crônicas, além de perceber a presença e extensão dos atributos da APS em operação (CAMPOS, 2005).

Frente a este processo de constante mudanças e adaptação à necessidade do SUS e das reformulações do processo de formação, a avaliação tem sido cada vez mais valorizada em busca da qualidade e para debater e acompanhar as transformações da área é fundamental aplicar uma metodologia de avaliação adequada às características da APS. No entanto, esta deve reconhecer o pluralismo de valores e favorecer a interação de demandas, experiências e pontos de vistas dos diferentes grupos de interesses. É importante adotar todas as precauções metodológicas e operacionais para que os resultados sejam efetivamente utilizados. Nesse sentido, as avaliações em serviços ou programas de saúde devem subsidiar os processos de decisão, servir de suporte para o direcionamento das práticas profissionais e devem possibilitar uma intervenção em seu decorrer, caracterizando-se, em última análise, como ferramenta de gestão (SERAPIONE, 2009).

A avaliação é um instrumento de compromisso de uma instituição consciente de sua responsabilidade social, uma vez que permite correções de rota durante o percurso, abrangendo todos os aspectos que compõem o curso e, mais do que isso, permite dar respostas à sociedade. Por meio de um processo avaliativo ético e responsável, a instituição poderá fazer uma reflexão crítica e participativa sobre suas ações e conhecer seu efetivo papel no engajamento com a comunidade e sua verdadeira contribuição para o desenvolvimento dela (MOURÃO, 2009).

Avaliação tem potencial e força transformadora, em busca de uma instituição com excelência técnica e relevância social. Isto porque se considera que a avaliação não se constitui apenas em seus produtos e resultados, mas, principalmente, na riqueza do processo avaliativo, no qual estudantes, professores, servidores, gestores e sociedade somam forças para superar as fragilidades da instituição identificadas visando seu aprimoramento.

No âmbito educacional, existe uma tendência em focar a avaliação da aprendizagem num sentido limitado, como se ela pudesse dar conta de toda a complexidade que abarca a

avaliação da educação. Daí a importância de compreender o ato de avaliar a educação como um fenômeno que ultrapassa a avaliação da aprendizagem do estudante, uma vez que deve configurar uma experiência negociada e que reflita os princípios que fundamentam uma instituição formativa (MOURÃO, 2009).

Sendo assim a utilização de diferentes métodos avaliativos e o envolvimento de diversos atores neste processo torna o diagnóstico e a tomada de decisão mais assegurada, democrática e possibilita a corresponsabilização dos atores.

Apresento o produto de intervenção decorrente da adaptação do PCATool-Brasil (HARZHEIM et al, 2006) à necessidade de incluir os profissionais médicos preceptores e os discentes nesta avaliação da qualidade da APS e, conseqüentemente, da formação.

Como proposta para a execução da avaliação com o PCATool, sugere-se a aplicação do questionário aos discentes no meio e no fim do estágio de maneira presencial seguindo a distribuição nas UBSF e sob orientação do docente. Com isto objetiva-se um primeiro momento de conhecimento do instrumento e avaliação, correlacionando as ações desenvolvidas com os princípios organizativos da APS, conhecimento dos processos de trabalho em saúde e indicando ações e atributos que podem ser aprimorados no restante do estágio. E ao fim, um panorama final graduando as ações desenvolvidas durante o estágio, fornecendo uma avaliação do serviço e do estágio.

Almejando contribuir na aproximação entre o ensino e os serviços de saúde, propõe-se a inclusão deste instrumento na avaliação das atividades de ensino realizadas na rede da APS que, possibilita simultaneamente a identificação de fragilidades do processo de formação e assistencial, e a concretização de ações de intervenção na realidade orientadas pelos preceitos da pedagogia problematizadora, reflexiva e da educação permanente.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

**Questionário para o PROFISSIONAL do serviço de saúde**

Identifique-se e diga: “Este questionário trata das características do seu serviço de saúde. Nas perguntas em que nos referimos a “seu serviço de saúde”, estas se referem a você e às pessoas que trabalham diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelo no seu serviço. Não há respostas certas ou erradas.”  
(não esqueça do TCLE)

**A. INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA**

A1. Data de aplicação do questionário:   /   /

A2. Distrito sanitário:

A3. Unidade de Saúde da Família \_\_\_\_\_:

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

A4. Sexo:  M  F

A5. Data de nascimento:   /   /

A6. Ano conclusão do curso:

A7. Você possui alguma especialidade? SIM  NÃO  (pular para 10)

A8. Qual ESPECIALIDADE? Qual ano de término?

- |                          |   |     |   |
|--------------------------|---|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | A8.1- Medicina de Família (residência)      | ANO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | A8.2- Medicina de Família (prova de título) | ANO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | A8.3- Medicina de Família (especialização)  | ANO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | A8.4- OUTRAS: _____                         | ANO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|                          | _____                                       | ANO | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

A9. Em quantos locais você trabalha?

A10. Quantas horas por semana você trabalha, considerando todos os seus locais de trabalho?

A11. Há quanto tempo você trabalha neste serviço?

A12. Há quanto tempo você trabalha na atenção básica de saúde?

A13. Neste serviço, qual sua carga horária de trabalho?



<b>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / não lembro
1. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4	3	2	1	9
2. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido com você pelo telefone caso precisem?	4	3	2	1	9
3. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4	3	2	1	9
4. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos por você (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4	3	2	1	9
5. O paciente tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir um consulta com você?	4	3	2	1	9
6. É difícil para o paciente conseguir atendimento com você quando ele acha que é necessário?	4	3	2	1	9

<b>ATENÇÃO CONTINUADA</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / não lembro
7. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4	3	2	1	9
8. Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4	3	2	1	9
9. Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com você?	4	3	2	1	9
10. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
11. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
12. Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4	3	2	1	9
13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4	3	2	1	9

	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
14. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4	3	2	1	9

<b>COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
15. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4	3	2	1	9
16. Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4	3	2	1	9
17. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9
18. Você pergunta sobre a qualidade do atendimento que seu paciente recebeu do especialista?	4	3	2	1	9

<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS BÁSICOS DISPONÍVEIS</b>					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
19. Aconselhamento nutricional.	4	3	2	1	9
20. Imunizações.	4	3	2	1	9
21. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4	3	2	1	9
22. Avaliação da saúde bucal.	4	3	2	1	9
23. Tratamento dentário.	4	3	2	1	9
24. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4	3	2	1	9
25. Cuidados pré-natais.	4	3	2	1	9
26. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4	3	2	1	9
27. Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)	4	3	2	1	9

<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS</b>					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
28. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4	3	2	1	9
29. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4	3	2	1	9
30. Sutura de um corte que necessite de pontos.	4	3	2	1	9
31. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4	3	2	1	9
32. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4	3	2	1	9
33. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4	3	2	1	9
34. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4	3	2	1	9
35. Orientações aos familiares sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4	3	2	1	9
36. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4	3	2	1	9
37. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4	3	2	1	9

<b>INTEGRALIDADE – AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO OFERTADAS</b>					
<b>Você atende pacientes (leia as alternativas): de todas as idades, somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos) somente adultos.</b>					
Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção.					
Se você atende apenas crianças, por favor responda as perguntas 51 a 52.					
Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas 41 a 50.					
Perguntas 38 – 40 se aplicam a todas as faixas etárias					
<b>Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
38. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro

39. Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
40. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
<b>Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
41. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
42. Conselhos a respeito de atividade física	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
43. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
44. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
45. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
46. Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
47. Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
48. Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
49. Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
50. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.					
<b>Pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
51. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
52. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
53. Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

54. Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
55. Você acha que conhece bem as famílias de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
56. Você sabe quais são os problemas mais importantes para o seu paciente e sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
57. Você sabe sobre o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
58. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / não lembro
59. Você faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
60. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Como seu serviço de saúde conhece as opiniões e ideias das pessoas para ajudar a melhorar o atendimento?					
61. Faz levantamento de problemas de saúde nas casas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
62. Convida membros das famílias a participar do conselho de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

**Questionário para o DISCENTE do serviço de saúde**

Este questionário trata das características do serviço de saúde que você estagiou. Nas perguntas em que nos referimos a “seu serviço de saúde”, estas se referem às pessoas que trabalharam diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelo serviço. Não há respostas certas ou erradas.  
(não esqueça do TCLE)

**INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA**

A1.Data de aplicação do questionário:   /   /

A2.Distrito sanitário:

A3.Unidade de Saúde da Família

Aliomar Almeida Lins (Benedito Bentes 2)

Rosane Collor

Denisson Menezes

Graciliano Ramos

João Moreira (Jacintinho)

Vale Do Pitanguinha

São José - Canaã

Sítio São Jorge

Paulo Leal (Feitosa)

Outra: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

A4.Sexo: M  F

A5.Data de nascimento:   /   /

A6.Qual ano que você iniciou o curso:

A7.Qual foi sua carga horária semanal de atividade na USF?

<b>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / não lembro
1. Quando o serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Quando o serviço de saúde está aberto, o paciente conseguiria aconselhamento médico pelo telefone de maneira rápida, caso precisasse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no _____( nome do local)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Em média, o paciente tem que esperar mais de 30 minutos para ser atendido pelo médico (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. O paciente tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir um consulta com o médico?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. É difícil para o paciente conseguir atendimento com o médico quando ele acha que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>ATENÇÃO CONTINUADA</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / não lembro
7. O médico consegue entender o que os pacientes dizem ou perguntam a ele?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Os pacientes entendem o que o médico diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Se os pacientes têm uma pergunta ou dúvida, podem telefonar ou falar com o médico?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. O médico dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Você acha que os pacientes se sentem confortáveis para contar ao médico suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. O médico conversaria com os membros da família do paciente para discutir um problema de saúde ou familiar caso o paciente achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. O médico sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Acho que sim	Acho que não	Com certeza não	Não sei/ Não lembro
14. O médico conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
15. O médico tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. O médico recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza não	Não sei/ não lembro
17. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, o médico costuma falar com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. O médico costuma perguntar sobre a qualidade do atendimento que seu paciente recebeu do especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS BÁSICOS DISPONÍVEIS</b>					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
19. Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20. Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social (Bolsa família).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
22. Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
23. Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
24. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS BÁSICOS DISPONÍVEIS</b>					
25. Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
26. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
27. Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS</b>					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no serviço de saúde?					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
28. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
29. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
30. Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza não	Não sei / não lembro
31. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
31. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
33. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
34. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
35. Orientações aos familiares sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
36. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
37. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### **INTEGRALIDADE – AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO OFERTADOS**

**Pergunte: o médico atende pacientes (leia as alternativas): de todas as idades, somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos) somente adultos.**

Conforme a resposta acima, proceda da seguinte forma:

Se o médico atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção.

Se o médico atende apenas crianças, por favor responda as perguntas F14 a F15.

Se o médico atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias					
<b>o médico discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
38. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
39. Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
40. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas 41 – 50 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Entrevistador pergunte: <b>“O médico discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
41. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
42. Conselhos a respeito de atividade física	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
43. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
44. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
45. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
46. Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
47. Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
48. Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
49. Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
50. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
As perguntas 51 – 52 se aplicam apenas a crianças.					
<b>Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
51. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
52 Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Acho que, sim	Acho que, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
53. O médico pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
54. O médico pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
55. O médico acha que conhece bem as famílias de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
56. O médico sabe quais são os problemas mais importantes para o seu paciente e sua família.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
57. O médico sabe sobre o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
58. O médico pergunta se o paciente ou sua família teriam problemas em conseguir ou comprar as medicações necessárias?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não sei / não lembro
59. O médico faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
60. Você crê que o serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Como o serviço de saúde conhece as opiniões e ideias das pessoas para ajudar a melhorar o atendimento?					
61. Faz levantamento de problemas de saúde nas casas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
62. Convida membros das famílias a participar do conselho de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, M.A.F.; FORSTER, A.C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 32, n.1, p. 83-89, , jan./abr., 2005.

CUNHA, G.T. Peculiaridades da Clínica na atenção básica. In:\_\_\_\_\_. **A Construção da Clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Ed Hucitec, p. 21-38, 2010.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 12, n.4, p. 965-971, 2007.

\_\_\_\_\_. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1649-1659, ago, 2006.

MOURÃO, M.G.M.; CALDEIRA, A.P.; RAPOSO, J.B.V. A avaliação no contexto da formação médica brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 33, n. 3, p. 452 – 464, 2009.

NEUMANN, C.R; MIRANDA C.Z. Ensino de Atenção Primária à Saúde na Graduação: Fatores que Influenciam a Satisfação do Aluno. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.36, n.1 (supl. 2), p. 42-49, 2012.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, jun., 2009.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002. p. 28.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propiciou uma avaliação, sob a perspectiva do preceptor e do estudante, das ações desenvolvidas no âmbito das UBSF envolvidas na formação médica estão em acordo com o modelo de APS preconizado por Starfield.

Evidenciou-se que as UBSF de ensino da UFAL apresentam escores médios satisfatórios para a presença e extensão dos atributos da APS de maneira a contribuir para uma formação adequada às necessidades de saúde da população. No entanto, todos os serviços possuem aspectos dos atributos a serem aprimorados: “acesso de primeiro contato-acessibilidade”, “coordenação do cuidado” e “serviços complementares disponíveis” que correspondem aos principais problemas identificados também em outras localidades do país.

Diante da necessidade de consolidação da integração ensino-serviço estas problemáticas identificadas podem contribuir como temas norteadores das atividades a serem desenvolvidas em conjunto nas práticas de ensino da graduação e de educação permanente dos profissionais em ações que contribuam para implementação dos processos de avaliação e de mudanças no curso.

É, portanto, importante começar a desenvolver estratégias de integração ou, pelo menos, de gradual aproximação entre os atores envolvidos. Esse é o grande desafio que os avaliadores deverão enfrentar nos próximos anos. Um dos passos nessa direção é a realização de avaliações inovadoras dentro da universidade e das UBSF.

Como proposta para continuidade deste processo sugere-se a utilização do instrumento PCATool adaptado e utilizado neste estudo como contribuição a institucionalização do processo avaliativo e aproximação entre a academia e o serviço.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde., Educ.**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 /fev. 2005.

AQUINO, R; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health problem on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009, 99(1) 88-93, 2009.

BATISTA, S. H. da S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, abril, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. DAB. **Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006**. Brasília; Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n. 1133 de 07 de agosto de 2001. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 16 de junho de 2012]. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da atenção básica**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 07 maio 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, sup 1, p-7-27, 2008.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos Municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 809-819, abr., 2008.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. S83-S91 nov., 2010.

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

NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. de Educ. Med.**, v. 33, n. 2, p.262 – 270, 2009.

PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em:  
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1561-1569, nov-dez, 2002.

ZANINI, R. R. et al. Infant mortality trends in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, 1994-2004: a multilevel analysis of individual and community risk factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.1035-1045, mai., 2009.

## APÊNDICE

**QUADRO 2– Frequência das respostas para todos os itens de cada atributo do PCATool pelos preceptores. Maceió-Al, 2014.**

Atributo	Itens	Frequência			
		1	2	3	4
Acesso ao Primeiro Contato - Acessibilidade	1. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	-	-	8	2
	2. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido com você pelo telefone caso precisem?	7	2	-	1
	3. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	-	1	5	4
	4. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos por você (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	1	7	2	-
	5. O paciente tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir um consulta com você?	-	2	3	5
	6. É difícil para o paciente conseguir atendimento com você quando ele acha que é necessário?	-	1	5	4
Atenção Continuada	7. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	-	-	5	5
	8. Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	-	-	9	1
	9. Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com você?	5	1	1	2
	10. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	-	1	6	3
	11. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	-	-	8	2
	12. Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	-	1	6	3
	13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	-	-	6	4
	14. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	1	-	4	5




Coordenação – Integração de Cuidados	15. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4	3	2	1
	16. Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	7	3	-	-
	17. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	-	-	2	8
	18. Você pergunta sobre a qualidade do atendimento que seu paciente recebeu do especialista?	-	2	3	5
Integralidade – Serviços Básicos Disponíveis	19. Aconselhamento nutricional.	4	1	1	4
	20. Imunizações.	-	-	1	9
	21. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	-	3	5	4
	22. Avaliação da saúde bucal.	4	1	1	4
	23. Tratamento dentário.	4	1	3	2
	24. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	-	-	3	7
	25. Cuidados pré-natais.	-	-	-	10
	26. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	-	1	2	7
	27. Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos)*	1	-	3	5
Integralidade – Serviços Complementares Disponíveis	28. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4	3	-	4
	29. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	-	4	1	5
	30. Sutura de um corte que necessite de pontos.	9	-	-	1
Integralidade – Serviços Complementares Disponíveis	31. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	-	-	-	10
	32. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4	2	1	3
	33. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	3	4	-	3
	34. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	2	1	3	4
	35. Orientações aos familiares sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	-	1	3	6
	36. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco	-	-	3	7

	de cair).				
	37. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	-	-	2	8
Integralidade – Ações De Promoção E Prevenção Ofertados	38. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.38.	-	-	1	9
	39. Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	-	-	1	9
	40. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	1	3	2	4
	41. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	1	1	1	7
	42. Conselhos a respeito de atividade física	-	-	1	9
	43. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	-	-	1	9
	44. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	-	-	1	9
	45. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	-	3	5	2
	46. Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	8	2	-	-
	47. Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	-	1	3	6
	48. Como prevenir quedas.	-	1	1	8
	49. Prevenção de osteoporose em mulheres.	-	-	3	7
	50. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	-	-	1	9
	Orientação Familiar	51. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	-	-	4
52. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.		-	-	1	9
53. Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?		1	4	3	2
54. Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?		-	-	1	9
	55. Você acha que conhece bem as famílias de seus pacientes?	-	1	5	4
	56. Você sabe quais são os problemas mais importantes para o seu paciente e sua família?	-	-	7	3

	57.Você sabe sobre o trabalho ou emprego de cada paciente?*	1	5	1	2
	58.Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	-	-	5	5
<b>Orientação Comunitária</b>	59. Você faz visitas domiciliares?	-	-	1	9
	60. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	-	1	4	5
	61 Faz levantamento de problemas de saúde nas casas?	1	1	4	4
	62. Convida membros das famílias a participar do conselho de saúde?	2	2	3	3

## ANEXOS

## ANEXO 1 - PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 26/11/2013

Senhor(a) Pesquisador(a), Tiago Salessi Lins

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 26/11/2013 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 21001113.8.0000.5013, sob o título **Avaliação das ações em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família sob a ótica dos discentes e preceptores**, vem por meio deste instrumento, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo supra citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

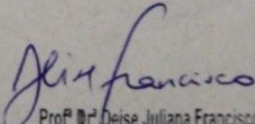
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais

Válido até: Novembro de 2014

  
Profª Drª Deise Juliana Francisco  
Coordenadora do Comitê de  
Ética em Pesquisa -UFAL