

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação
do programa no município de Anápolis**

ANA CAROLINE FERREIRA DUTRA
ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS
ITARY CARVALHO SILVA LEITE
JULLY MIRANDA PORTO
PAULO VITOR DA CUNHA CINTRA

ANÁPOLIS – GOIÁS

2018

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis

Trabalho de curso apresentado ao Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof Ms Valter Luiz Moreira de Rezende

Co-orientador: Welton Dias Vilar

ANÁPOLIS - GOIÁS

2018

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a “porta de entrada” na rede de atenção à saúde no Brasil, e sua efetivação se dá através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) almeja edificar a prática médica nas dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença, objetivando a atenção integral à saúde e o cuidado contínuo da população. O objetivo deste estudo é analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Anápolis, Goiás. Dessa forma, realizou-se um estudo quantitativo e qualitativo, por meio da aplicação do questionário PCATool-Brasil a uma amostra de usuários da UBS sem a residência em MFC (UBS A) e da UBS com a residência (UBS B). Além disso, foi realizado grupo focal composto pelo Coordenador de Atenção Básica do Município de Anápolis e 04 supervisoras de área de UBS. O questionário produz escores para cada atributo e também escores essencial e geral, cada um podendo pontuar de 0 a 10. O escore geral na UBS A foi de 4,5 e o essencial foi 3,6, enquanto na UBS B foram 6,8 e 5,5, respectivamente. Todos os atributos, exceto Coordenação do Cuidado, obtiveram maior pontuação na UBS B. Os discursos do grupo focal mostraram que, embora inicialmente tenha ocorrido certa resistência ao trabalho dos residentes, houve significativa mudança no serviço, que passou a ser mais integral e resolutivo, resultando em satisfação da população e da própria equipe de profissionais. Contudo, há desafios a serem solucionados, como a não permanência dos residentes ao local quando se formam, levando a um frágil vínculo da comunidade com o médico de sua UBS. Espera-se que a divulgação de tais evidências à população, aos acadêmicos, médicos e gestores suscite debates entre os diferentes grupos e gere modificações que visem a melhoria da qualidade da atenção básica no município de Anápolis, Goiás.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is considered the "gateway" to the health care network in Brazil, and its implementation is through the Family Health Strategy (FHS). The medical residency in Family Medicine aims to build medical practice in the biopsychosocial dimensions of the health-disease process, aiming at integral health care and the continuous care of the population. The objective of this study is to analyze the impact of the implantation of the Family Medicine residency in Basic Health Units (BHU) of the city of Anápolis, Goiás. Thus, a quantitative and qualitative study was carried out by means of the PCATool- Brazil to a sample of users from a BHU without residency in Family Medicine (BHU A) and from a BHU with residence (BHU B). In addition, a focus group was made with the Coordinator of Basic Care of the City of Anápolis and 04 area supervisors of BHU. The questionnaire produces scores for each attribute and also essential and general scores, each of which can score from 0 to 10. The overall score in BHU A was 4.5 and the most important was 3.6, while in the BHU B it was 6.8 and 5.5, respectively. All attributes, except Coordination of Care, obtained higher scores in the BHU B. The focus group discourses showed that, although initially there was some resistance to the work of the residents, there was a significant change in the service, which became more integral and resolute, resulting in an increase of the satisfaction of the population and the professional staff. However, there are challenges to be solved, such as the non-permanence of the residents when they are graduated, leading to a fragile bond between the community and the BHU doctor. It is expected that the dissemination of such evidence to the population, to the academics, doctors and managers will cause debates among the different groups and generate modifications aimed at improving the quality of basic care in the city of Anápolis, Goiás

Keywords: Family Medicine. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1. Atenção Primária em Saúde	9
2.2. A Medicina de Família e Comunidade	10
2.3. Residência médica em Medicina de Família e Comunidade	13
2.4. Lei 12.871 “Lei do Mais Médicos”	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1. Objetivo geral	18
3.2. Objetivos específicos.....	18
4. METODOLOGIA	19
4.1. Tipologia de estudo	19
4.2. Local da pesquisa.....	19
4.2.1. Amostragem.....	19
4.2.2. Critérios de inclusão na amostra	20
4.2.3. Critérios de exclusão da amostra	20
4.3. Procedimentos de Coleta de Dados	20
4.4. Análise de dados.....	21
4.5. Aspectos éticos da pesquisa.....	22
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1. Questionário PCATool	23
5.1.1. Afiliação.....	23
5.1.2. Acesso de Primeiro Contato - Utilização.....	23
5.1.3. Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade.....	25
5.1.4. Longitudinalidade	26
5.1.5. Coordenação - Integração do Cuidado.....	27
5.1.6. Coordenação - Sistema de Informações.....	27
5.1.7. Integralidade - Serviços Disponíveis	27
5.1.8. Integralidade - Serviços Prestados	29
5.1.9. Orientação Familiar	29
5.1.10. Orientação Comunitária.....	30
5.1.11. Escore Essencial.....	30
5.1.12. Escore Geral.....	30
5.2. Grupo focal	31
6. CONCLUSÃO	35

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
8. ANEXOS.....	41
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP.....	41
ANEXO 2 – Cálculo dos scores do PCATool versão usuários adultos - Brasil.....	50
ANEXO 3 - PCATool – Brasil versão Adultos.....	54
9. APÊNDICES	69
APÊNDICE 1 – Perguntas norteadoras do grupo focal.....	69
APÊNDICE 2 - TCLE para usuários.....	70
APÊNDICE 3 - TCLE para Grupo Focal	73
APÊNDICE 4 - Carta de Coparticipação	76

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui a Atenção Primária à Saúde (APS) como um de seus principais componentes, sendo esta considerada a “porta de entrada” na Rede de Atenção à Saúde. A experiência de países que adotaram evidenciou melhores indicadores de saúde, maior resolutividade e eficiência no cuidado, tratamento mais efetivo de condições crônicas e maior exercício de práticas preventivas (RODRIGUES et al., 2013).

No Brasil, a efetivação da APS se dá por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por equipes multiprofissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) como estratégia para reorganizar o modelo assistencial. Neste contexto, surge a Medicina de Família e Comunidade (MFC), uma área médica que tem seu enfoque no processo de humanização e promoção do entendimento da dimensão fisiopatológica do processo saúde-doença (ANDERSON et al., 2005).

Contudo, mesmo com o aumento de aproximadamente 28 mil equipes, entre 1998 e 2008, não se garante uma melhora proporcional na resolução dos problemas de saúde da população na atenção básica, isso porque há uma incompatibilidade entre o modelo de atenção à saúde proposta pelo SUS e a formação dos profissionais que atuam na APS (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013).

As equipes da ESF que possuem profissionais com residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS. Sua maior efetividade pode ser justificada pela formação de profissionais mais voltados às funções cotidianas da APS (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013; RODRIGUES et al., 2013).

Nota-se uma discrepância entre a demanda dos municípios brasileiros e as vagas oferecidas para essa especialidade, pois no ano de 2011 existiam apenas 452 vagas por ano em MFC, estando estas concentradas nas regiões sudeste e nordeste, e a meta do Ministério da Saúde (MS) era de implantar 40 mil equipes de Saúde da Família em médio prazo. Tal fato fez com que o MS instituisse medidas visando aumentar o número de médicos especializados em MFC no SUS (MELLO, 2017).

A cidade de Anápolis – Goiás, com uma população de cerca de 370.875 pessoas (IBGE/2016), conta atualmente com 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 59 equipes de

saúde da família, 56 ESF com saúde bucal e 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CNES/DATASUS/fevereiro/2017).

Em 2011, foi implantado o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) do Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Foram ofertadas 6 vagas para o primeiro ano e 6 para o segundo ano nos processos seletivos de 2012, 2013 e 2014, sem demandas de candidatos. Já em 2014, foi firmada uma parceria entre a UniEVANGÉLICA e a Prefeitura Municipal de Anápolis a fim de que o Município, através da Secretaria de Saúde, pudesse cofinanciar o desenvolvimento do PRMMFC. No ano de 2015, três médicos residentes ficaram instalados na UBS Bandeiras e, no ano de 2016, mais três residentes ingressaram no programa, ficando instalados na UBS Bairro de Lourdes.

Atualmente a residência ocupa 05 UBS do município (UBS Bairro de Lourdes, UBS Bandeiras, UBS Vila União, UBS Alexandrina e UBS Anexo Itamaraty) e possui 18 vagas credenciadas junto ao MEC, contando com 16 residentes. Em Anápolis, há 11 residentes no primeiro ano e 2 no segundo ano. Na cidade de Ceres – GO, há 3 residentes no segundo ano. O programa conta ainda com 5 preceptores em campos práticos e 1 teóricos.

Embora se possa inferir a relevância do médico de família e comunidade para a consolidação do novo modelo de assistência à saúde, a literatura nacional registra poucos estudos a respeito. Existe, pois, a imprescindibilidade de se conhecer mais a respeito do impacto da formação e da qualificação desses profissionais sobre o desenvolvimento dos atributos da APS.

Nesse contexto o objetivo do estudo foi analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde do município de Anápolis que possibilitará o conhecimento mais aprofundado acerca das prováveis melhorias na APS dessa localidade, permitindo maior incentivo à formação de médicos especializados em MFC e a criação de mais vagas desta residência no país.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), sobrepujada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela reforma sanitária brasileira, propõe medidas de promoção e prevenção da saúde sobre o cunho individual e coletivo de determinada comunidade, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção e redução de danos à saúde com acesso universal e integral acerca de um território adstrito através de políticas públicas de saúde. Além do mais, é considerada a porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, equidade, participação social, humanização, responsabilização e vínculo entre a população e a equipe de assistência. Esse modelo, pautado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, pela Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011, organiza o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção e a manutenção da saúde (STARFIELD; 2002). De acordo com o autor supracitado a representatividade da APS no contexto de assistência à saúde é devida à eficiência, efetividade, equidade e melhores resultados na saúde.

Historicamente, a Atenção Primária foi idealizada no Relatório Dawson, em 1920, com o intuito de organizar o sistema de saúde, contrapondo-se ao modelo flexneriano americano centrado na doença, modelo curativo, de atenção individual, alto custo e baixa resolubilidade (OLIVEIRA, 2013).

O relatório Dawson apresentou, entre outros, os conceitos de território, porta de entrada ao sistema, vínculo, acolhimento e atenção primária como coordenadora do cuidado. Dessa forma, a APS foi apresentada como indispensável para uma maior eficiência na atenção à saúde e um menor custo, assim como para o benefício do público e da profissão médica. O centro primário seria o centro organizador e a sede da vida intelectual do médico, onde ele teria um aperfeiçoamento profissional, diminuindo a discrepância entre a sua formação acadêmica e as reais necessidades da população que irá atender, além de poder trocar experiências com consultores e especialistas (OLIVEIRA, 2013).

O modelo de atenção foi organizado em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. A maioria dos problemas deveriam ser resolvidos nos centros primários e nos serviços domiciliares, que são divididos por região, por profissionais médicos com formação em clínica geral. O que não pudesse ser

resolvido deveria ser encaminhado para os centros de atenção secundária, onde há especialistas e ou para os hospitais. Dessa forma, foram definidas duas características da APS, a regionalização onde o serviço é distribuído por região e a atenção assiste a necessidade de cada uma dessas regiões, e a integralidade onde o serviço vê o paciente como um todo, tentando resolver todos os problemas que estiveram ao alcance dos centros de assistência (OLIVEIRA, 2013).

Kerr White, médico canadense, realizou um estudo intitulado “*The Ecology of Medical Care*” em 1961 nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, com 1000 adultos e avaliou a relação entre as pessoas e os serviços de saúde. Neste estudo, por mês, 750 pessoas tiveram um episódio de doença, 250 referiram consultar um médico, 09 pacientes foram admitidos no hospital, 05 foram referidos a outro médico e 01 paciente foi referido ao atendimento hospitalar de alta complexidade (WHITE, 1996). Dessa forma, mostrou-se que a maioria dos problemas de saúde é da ordem da APS.

Em termos conceituais, foi a partir da Conferência de Cuidados Primários em Saúde, realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição para APS. O documento descreve ainda as seguintes áreas mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição apropriada de alimentos e nutrientes; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais (RODRIGUES et al., 2013).

2.2. A Medicina de Família e Comunidade

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade baseada na assistência continuada, integral e abrangente para pessoas, suas famílias e a comunidade. Nessa modalidade médica o cuidado se inicia antes do desenvolvimento da doença e perdura depois de sua resolução. A MFC tem como representante o médico de família e comunidade, que atua na Atenção Primária à Saúde (APS) e integra as ciências da biomedicina, psicologia e sociologia médicas (LOPES, 2012).

Contrariando a ideia inicial de que seria o médico “que não se especializou em nada”, há nessa especialidade um conjunto de conhecimentos próprios, tornando-a disciplina, compartilhando-os e incorporando-os com outras especialidades e usando-os na prática em cuidados primários à saúde. Assim, a MFC caracteriza-se pelo atendimento integral à pessoa,

continuidade (longitudinalidade) do cuidado, geração de hipóteses e testes diagnósticos de queixas ou problemas de saúde inespecíficos, raciocínio clínico apurado e diferentes técnicas de abordagem (ANDERSON et al., 2005; LOPES, 2012).

Segundo o médico canadense Mc. Whinney (1995) são quatro as habilidades específicas da Medicina de Família. São elas: 1) Solução de problemas indiferenciados em um contexto de uma relação pessoal continuada com os indivíduos e com a família. 2) Habilidades preventivas: identificação de riscos e anomalias precoces. 3) Habilidades terapêuticas: uso da relação médico-paciente para aumentar ao máximo a efetividade terapêutica. 4) Habilidades para gestão de recursos comunitários e dos sistemas de atenção no âmbito do exercício da profissão, das consultas e dos encaminhamentos para especialistas focais.

Segundo Lopes (2012), existem quatro princípios, fundamentais e igualmente importantes na formação e na prática do médico de família e comunidade, que são alicerce para o desenvolvimento de características mais específicas. O primeiro princípio é o de que o médico de família e comunidade é um clínico qualificado. Para tal é necessário dominar o conhecimento sobre os problemas de saúde mais prevalentes na APS, bem como ser competente no método clínico centrado na pessoa. O segundo consiste no fato de que a atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade. Os problemas de saúde mais habituais, as condições de meio ambiente ou contexto do local influenciam a demanda que procura o atendimento médico.

O terceiro princípio define que o médico de família e comunidade é um recurso de uma população definida. Embora não exista consenso, acredita-se que o médico de família e comunidade deva ter sob seus cuidados entre 1800 e 2200 pessoas, possibilitando a disponibilidade e a resolubilidade da demanda. No quarto princípio temos que a relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade. Assim, esse vínculo deve se basear na compaixão, paciência e honestidade. O método clínico centrado na pessoa e visita domiciliar são recursos que possibilitam intervenções terapêuticas e fortalece o vínculo necessário para o bom desempenho como provedor de cuidado (LOPES, 2012).

Assim como no Brasil, outros países também possuem sistemas universais de saúde, a exemplo da Inglaterra, com o Serviço Nacional de Saúde (National Health Service - NHS) e da Alemanha, com o Seguro Social de Doença (Gesetzliche Krankenversicherung - GKV), em

que os médicos de família e comunidade são chamados General Practitioners (GP). Ambos países valorizam a APS e permitem que apenas profissionais especialistas em MFC trabalhem nesse nível de atenção (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013).

Entretanto, diferentemente do que ocorreu em países como Portugal, Canadá, Espanha, Cuba, Inglaterra e Alemanha, no Brasil a Medicina de Família e Comunidade recebeu pouco apoio, no início, por parte de gestores e comunidade acadêmica. Tal fato culminou na escassez de profissionais capacitados para a APS e repercutiu futuramente de modo negativo na implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Nesse contexto, foram lançadas políticas emergenciais para suprir tal necessidade, como o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM). Como medidas a médio e a longo prazo, contou-se com o apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para que houvesse maior valorização da especialidade na formação acadêmica e aumento de vagas para a residência em MFC. Contudo, cerca de 70% dessas vagas ainda estão ociosas (TRINDADE; BATISTA, 2016).

O estudo demográfico do CFM, no ano de 2014, evidencia essa carência, visto que o número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil era de 4.022, o que corresponde a 1,2% do total de médicos do país. Estes se concentram nas regiões sudeste, sul, e nos estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará. Essa realidade não permite que haja um médico de família e comunidade para 1800 a 2200 pessoas, inviabilizando o cumprimento do terceiro princípio (LOPES, 2012; CFM, 2015).

Ademais, há a necessidade de reaver, como tem ocorrido em regiões Ibero-americanas e no Caribe, a prioridade vigente há muitos anos de apreciação da tecnologia e das especialidades focais em detrimento dos cuidados básicos. A valorização desses cuidados, associada ao reconhecimento do contexto familiar e comunitário/cultural, contribuem de maneira excepcional para a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde (ANDERSON et al., 2005; ARIAS-CASTILLO et al., 2010).

Bárbara Starfield (2002) expõe em seu livro “Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia” as limitações da atenção primária convencional frente às influências da comunidade sobre a doença do indivíduo, visto que os médicos de tais serviços têm contatos pontuais e efêmeros com o paciente. Assim, os profissionais tradicionais da APS não têm consciência das manifestações iniciais e do curso das

morbidades, pois os pacientes costumam lhes procurar apenas nos estágios mais avançados das doenças. Tampouco conseguem entender com plenitude o papel dos fatores ambientais, sociais e comportamentais atuando como agente de causa e de progressão da enfermidade.

Nesse âmbito, percebe-se a importância do médico de família e comunidade, pois trata-se de um profissional capacitado para lidar com os fatores intrínsecos e extrínsecos associados às enfermidades e que exerce o papel de gatekeeper (porta de entrada e filtro) para os demais níveis de atenção, constituindo a base da APS. Evidencia-se, ainda, seu potencial de resolução de até 95% dos agravos (nos países onde as doenças crônicas são prevalentes), absorvendo apenas 5% do orçamento destinado à saúde (CHAN, 2013; GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013).

2.3. Residência médica em Medicina de Família e Comunidade

A residência médica é uma modalidade de pós-graduação bastante antiga. Sua criação no século XIX é atribuída ao médico canadense radicado nos Estados Unidos, William Osler. Professor da Universidade de Johns Hopkins, Osler estruturou um programa de pós-graduação para médicos em que os médicos especializando moravam dentro das instituições, trabalhavam em tempo integral dentro dos hospitais e o aprendizado baseava-se em uma hierarquia tutorial. Esse modelo tornou-se referência para outras instituições nos Estados Unidos e, posteriormente, em outros países, consolidando a residência como o modelo de formação do médico especialista (AUGUSTO, 2012).

No Brasil, os primeiros programas de residência médica datam da década de 1940. O período compreendido entre o surgimento dessas primeiras experiências e a criação da Comissão Nacional de Residência Médica em 1977 caracterizou-se por programas semelhantes ao modelo americano (AUGUSTO, 2012).

O decreto nº80.281, de 5 de setembro de 1977 regulamentou a Residência Médica e a definiu em seu artigo 1º como:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

A única alteração do texto original é quanto ao regime de dedicação exclusiva. A legislação atual não prevê mais esse regime. Pode-se notar o grande diferencial da residência médica pelo texto acima. O treinamento em serviço permite que o médico adquira, além do conhecimento técnico, habilidades e atitudes que vão determinar seu desempenho profissional (AUGUSTO, 2012).

Ao revisar a literatura disponível em busca da história dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) no Brasil, pode-se dividi-la em 5 fases:

Primeira fase – 1974 a 1980:

Nessa época, surgiu no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre - RS, o primeiro projeto de Saúde Comunitária, uma iniciativa que se assemelha ao que se conhece hoje como Saúde da Família. Nesta fase, a especialidade e a residência ainda não tinham um nome ou mesmo regulamentação. Os três programas pioneiros no Brasil foram:

- a) Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre - RS) - que, na época, se denominava Unidade Sanitária São José do Murialdo, e que continua ativo até hoje, tendo mais de 600 médicos formados;
- b) Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão, próximo a Recife - PE), extinto em 1986;
- c) Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio de Janeiro - RJ) - que continua ativo e com muitos egressos.

Esta foi uma fase experimental, onde o único mercado de trabalho era nas próprias unidades que possuíam o serviço de residência, o que levou muitos egressos a migrarem de especialidade. Contudo, após a Conferência de Alma-Ata em 1978, surgiram inúmeras experiências localizadas e não articuladas de Atenção Primária à Saúde (APS). Esse fato impulsionou a criação de novos programas de residência em saúde comunitária (FALK, 2004; AUGUSTO, 2012; OLIVEIRA, 2013).

Segunda fase – 1981 a 1985

Esta fase foi marcada pela oficialização dos programas de residência da especialidade no Brasil com o nome de Medicina Geral Comunitária (MGC) em 1981. No mesmo ano, criou-se também a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC). Porém, essa ficou inativa até 1985, quando no "I Encontro de Residentes e Ex-Residentes de MGC",

em Petrópolis –RJ, se decidiu que os médicos formados em residências na área deveriam reativar a SBMFC e se candidatarem a assumir sua Diretoria.

No entanto, a especialidade MGC continuava pouco reconhecida, isolada em poucos PRMs no país e quase sem mercado de trabalho (FALK, 2004; NETO, 2009; OLIVEIRA, 2013).

Terceira fase – 1986 a 1994

Esta fase ficou caracterizada pelos encontros e desencontros na história da especialidade e dos programas de residência médica. A especialidade finalmente foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1986. Iniciou-se um debate sobre a conveniência de mudança do nome da especialidade, algumas sociedades estaduais foram organizadas, a SBMGC foi reativada e desativada duas vezes, programas de residência foram fechados ou mudaram seus nomes para Medicina Preventiva e Social para fugir dos cortes de orçamento do governo. Neste período, foi promulgada a Constituição Cidadã, que definiu a saúde como direito de todos, e se criou o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na APS. Em 1994, no governo de Itamar Franco, foi criado o Programa Saúde da Família que viria a crescer apenas alguns anos depois. Devido à falta de motivação, de mercado para a MGC e de pessoas dispostas a assumir a diretoria, a SBMGC foi desativada mais uma vez (FALK, 2004; MELLO, 2009; AUGUSTO, 2012; OLIVEIRA, 2013).

Quarta fase – 1995 a 2000

O crescimento da APS e do Programa de Saúde da Família ampliou a demanda do mercado de trabalho, mas não havia pessoas adequadamente especializadas para assumir essas posições. Foram criados cursos rápidos de especialização e polos para formação, nem sempre com a qualidade desejada. Além disso, houve incentivos a mudanças no ensino da graduação nas áreas da saúde. E se intensificou o debate sobre a mudança do nome da especialidade (FALK, 2004; OLIVEIRA, 2013).

Quinta fase – 2001 até o momento

A SBMGC foi reativa em 2001 e após votação pela internet ficou aprovada a mudança do nome da especialidade para Medicina de Família e Comunidade. Neste período, a SBMFC se consolidou, ocorreu a criação de várias sociedades estaduais e de programas de residência médica, além do início da aplicação das provas de Título de Especialista em MFC (FALK, 2004).

A cidade do Rio de Janeiro viveu, a partir de 2009, a maior expansão da APS. A cidade passou de uma cobertura de 7% (2009) para 40% (2013) e objetivava alcançar uma meta de 70% em 2016. Foi criado em 2010, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde (PRMMFC – Rio). Esse programa oferece unidades de saúde de alto padrão, preceptores qualificados e bem remunerados e visa capacitar médicos especialistas para atuar nas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro, consolidando o modelo de APS e melhorando a qualidade do serviço oferecido à população carioca (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

A realidade atual dos programas de residência do país reflete a história da especialidade e a baixa consolidação da APS no território nacional como um todo. Em alguns lugares, onde a APS está mais forte, há a sobrevivência de alguns PRM-MFC. Porém, ainda são muitas as vagas ociosas. A baixa procura pela residência em MFC é um problema multifatorial. Pode ser atribuída à pouca valorização da especialidade entre os pares e mesmo da sociedade em geral, à necessidade de se lidar com incertezas e complexidades da APS e ao ensino da medicina na graduação desvinculado das necessidades do sistema de saúde, entre outros fatores (AUGUSTO, 2012).

A solução para esse impasse não é simples tampouco imediata. Algumas propostas são:

- a) Residência em MFC como pré-requisito para outros programas de residência: a procura pelas vagas em MFC aumentaria, mas se corre o risco de que a especialidade se torne uma ponte para uma segunda especialidade.
- b) Estímulos financeiros aos residentes em MFC: é uma estratégia interessante, porém, elevaria o custo da formação em MFC e se criaria uma distinção entre os residentes de MFC e de outras especialidades.
- c) A obrigatoriedade da residência médica para o exercício da profissão: essa tem sido a medida adotada por diversos países desenvolvidos que enfrentam dificuldades parecidas com as do Brasil. Regular as vagas de acordo com as demandas do SUS é uma medida certamente eficaz e benéfica para o sistema de saúde. Não se trata de uma estratégia imediata, mas sim de uma medida a ser colocada como meta a médio e longo prazo.
- d) Outra política que o governo vem adotando são mudanças nas políticas de graduação, com inserção precoce dos acadêmicos na APS. Porém, essa medida pode ter um efeito reverso ao que se espera: a inserção de acadêmicos dos primeiros períodos em unidades onde a ambiência e o trabalho da equipe de saúde não estão de acordo com os ideais da APS e do

SUS pode provocar uma aversão desses acadêmicos à APS, levando ao afastamento deles da MFC (AUGUSTO, 2012).

2.4. Lei 12.871 “Lei do Mais Médicos”

Em 22 de outubro de 2013 foi instituído o Programa Mais Médicos pela lei nº 12.871. Segundo o artigo 1º, o programa almeja, dentre outros objetivos, “fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País”, “ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade de saúde da população brasileira” e “aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS”. Essas metas têm, portanto, a finalidade de formar um maior número de recursos humanos capacitados tanto para atender as demandas do SUS quanto para aprimorar seu funcionamento. Neste contexto, torna-se relevante a Medicina de Família e Comunidade (MFC) desde a inserção de seus princípios durante a formação acadêmica até à especialização na forma de Residência, uma vez que contempla a maioria dos elementos que fundamentam a atenção básica em saúde (BRASIL, 2013).

A própria lei nº 12.871 valoriza a importância da MFC, já que no artigo 7º § 1º e 2º diz que a realização de um a dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será necessário para o ingresso nos Programas de Residência Médica, excluindo-se aqueles de acesso direto. Além disso, reforça-se um objetivo maior, que é o de todas as futuras certificações de especialidades médicas se submeterem às necessidades do nosso sistema de saúde, no § 6º, que diz:

Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde do município de Anápolis.

3.2. Objetivos específicos

1. Comparar o grau de afiliação, acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, integração e coordenação de cuidados dos usuários de Unidades Básicas de Saúde participantes e não participantes de programa de residência médica em MFC.
2. Comparar o grau de afiliação, acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, integração e coordenação de cuidados dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde participantes e não participantes de programa de residência médica em MFC.
3. Contrastar o grau de satisfação da gestão em relação às Unidades Básicas de Saúde participantes e não participantes de programa de residência médica em MFC.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipologia de estudo

Trata-se de um estudo observacional, comparativo e transversal, com os usuários dos serviços prestados em UBS do município de Anápolis - GO, bem como os gestores por elas responsáveis.

A metodologia utilizada foi quantitativa e qualitativa, por meio da aplicação de questionário e entrevista semiestruturada. Na primeira etapa, quantitativa, foi utilizado o questionário PCATool-Brasil (Ministério da Saúde, 2010). Este foi aplicado pelos autores do trabalho a amostra de usuários das unidades de saúde selecionadas. Já na segunda etapa, qualitativa, foi realizado grupo focal composto pelo Coordenador de Atenção Básica do Município de Anápolis e 04 supervisoras responsáveis pelas áreas onde se localizam as UBS pesquisadas.

4.2. Local da pesquisa

Para o presente estudo foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde: a UBS com Residência de Medicina de Família há mais tempo e uma UBS não pertencente ao Programa de Residência Médica em MFC, próxima geograficamente, com estrutura e população semelhante à UBS com residência.

População Estudada

4.2.1. Amostragem

Estimou-se que nas UBS selecionadas eram atendidas diariamente cerca de 50 pessoas em cada unidade. Baseado nisso, para o cálculo amostral foi levado em consideração um poder amostral de 80%, com 20% de amostra complementar e adotado Effect Size médio de 0,3 com um erro aceitável para o cálculo de 5% (erro padrão de estimativa). Com isso, usando a fórmula de população finita descrita por Levin (1987), chegou-se a amostra estimada de 143 indivíduos, sendo estes divididos pelas duas UBS pesquisadas. Para que houvesse igualdade na quantidade de usuários pesquisados, decidiu-se aplicar 75 questionários em cada UBS, totalizando 150 questionários.

O grupo focal foi composto pelo Coordenador de Atenção Básica do Município de Anápolis e 04 supervisoras responsáveis pelas áreas onde se localizam as UBS pesquisadas.

4.2.2. Critérios de inclusão na amostra

1. Usuários residentes nas áreas cobertas por cada UBS, que tivessem ao menos 02 atendimentos na unidade e fossem maiores de 18 anos e alfabetizados;
2. Gestores e coordenadores relacionados com o Departamento de Atenção Básica de Anápolis;

4.2.3. Critérios de exclusão da amostra

1. Participantes que retiraram o consentimento após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.3. Procedimentos de Coleta de Dados

Para a pesquisa quantitativa, inicialmente, os moradores foram convidados na UBS, na sala de espera ou em visitas domiciliares. Após o convite, se deu a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no mesmo local. Em seguida, os pesquisadores aplicaram o instrumento de coleta de dados aos usuários das Unidades Básica de Saúde.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) aplicado contempla a versões destinadas a adulto (maiores de 18 anos), a profissionais de saúde e ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Contudo, para este estudo foi utilizado apenas a versão destinada a adultos. Tal questionário avalia a presença e a dimensão dos 4 atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e dos 3 atributos derivados da APS (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural).

Na parte qualitativa foi desenvolvido um grupo focal. O grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista em grupo, mas sem o processo rígido de alternância entre perguntas do entrevistador e respostas dos entrevistados. Caracteriza-se por uma interação entre entrevistador e entrevistados a fim de se colher dados a partir de uma discussão focada em tópicos específicos. Essa interação permite que cada participante reformule e emita novas opiniões baseado nas diversas percepções apresentadas pelos demais integrantes do grupo sobre um fato, prática, produto ou serviço prestado (IERVOLINO, 2001).

Foi realizado um grupo focal guiado pelo docente orientador na Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, com o Coordenador de Atenção Básica do Município de Anápolis e 04 supervisoras das áreas das UBS pesquisadas. O mesmo ocorreu após concordância dos

participantes com os propósitos da pesquisa, da gravação em áudio, da garantia de sigilo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram utilizados dois gravadores com o intuito de garantir a segurança e qualidade das gravações, para posterior transcrição. O encontro foi gravado e teve duração de 24 minutos. Utilizou-se perguntas norteadoras a respeito do tema pesquisado (APÊNDICE 1).

4.4. Análise de dados

Para a análise quantitativa, inicialmente fez-se a correção amostral com o teste de Shapiro-Wilk. Em seguida, para a análise dos escores, realizou-se estatística descritiva segundo o cálculo dos scores do questionário PCATool (ANEXO 3) e utilizou-se uma tabela do Excel para compilar os dados, que foram importados para o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0, sendo adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Analisou-se a variabilidade dos dados e aqueles com outlier foram excluídos ou passaram por correção em até 5%. A partir disso, notou-se que o comportamento estava normal e se pode utilizar média. Para validar as médias, aplicou-se o intervalo de confiança.

Para análise qualitativa procedeu-se a transcrição do material gravado e a análise das respostas foi feita pela modalidade de análise temática fundamentada em BARDIN (2011), que é colocada como efetiva para investigações qualitativas em saúde (IERVOLINO, 2001).

A análise de conteúdo organizou-se em torno de três polos cronológicos (BARDIN, 2011):

1. Pré-análise: leitura flutuante de cujas impressões e orientações emergiram as hipóteses; escolha dos documentos com demarcação do universo a ser analisado; formulação das hipóteses.

2. Exploração do material: Fase de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos foram tratados de modo a serem significativos e válidos. Nessa fase, puderam ser obtidos quadros de resultados que condenassem as informações fornecidas pela análise, além de inferências e interpretações que respondessem aos objetivos propostos.

As categorias extraídas da transcrição do grupo com o coordenador e as supervisoras foram construídas de duas formas:

1. Predeterminadas: a partir dos objetivos do estudo e perguntas norteadoras do grupo focal. Bardin (2012), coloca que esta modalidade é aplicável nos casos de a organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos.
2. Acervo: incorporação de questões que emergiram espontaneamente pelos participantes do grupo. Essas categorias foram escolhidas *a posteriori*, conforme indicação de Bardin (2011), que cita como possibilidade de categorização temática os “valores” revelados pelo material pesquisado, através das forças de inferências que nascem do diálogo com o contexto da pesquisa e a literatura já existente.

4.5. Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto foi submetido ao processo de avaliação ética, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UniEVANGÉLICA (Número do parecer: 2.448.605) (ANEXO 1).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Questionário PCATool

Por meio do PCATool foram avaliados os seguintes atributos: Acesso de Primeiro Contato - Utilização, Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado, Coordenação - Sistemas de Informação, Integralidade - Serviços Disponíveis, Integralidade - Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

Foram ainda calculados a Afiliação e os Escores Geral e Essencial. Foi chamada de UBS A a unidade que não possui a residência médica em MFC e de UBS B a que possui tal serviço. Maiores médias foram observadas em todos os atributos, exceto na coordenação do cuidado, na UBS B quando comparada à UBS A. Contudo, a diferença entre as unidades não foi considerada estatisticamente significativa.

5.1.1. Afiliação

A afiliação foi calculada com base nas respostas às três perguntas iniciais do questionário:

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Embora a Afiliação não seja um atributo da AP, esse item identifica o serviço de saúde de referência para o entrevistado. Por isso é incluído ainda no cálculo dos escores Essencial e Geral. (GONTIJO et al, 2017). Observou-se uma pontuação de 5,4 para a UBS A e de 6,5 para a UBS B. Pode-se inferir que os usuários da unidade B a reconhecem mais como o local onde devem procurar serviços em saúde.

5.1.2. Acesso de Primeiro Contato - Utilização

A busca do serviço é medida pelo atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, que recebeu o mais alto escore médio (8,5) na unidade de saúde B, corroborando o resultado do grau de afiliação (6,5), como consta na tabela 1 e é demonstrado no gráfico 1. Estudos em diferentes partes do Brasil mostraram que os usuários da ESF também avaliaram este atributo

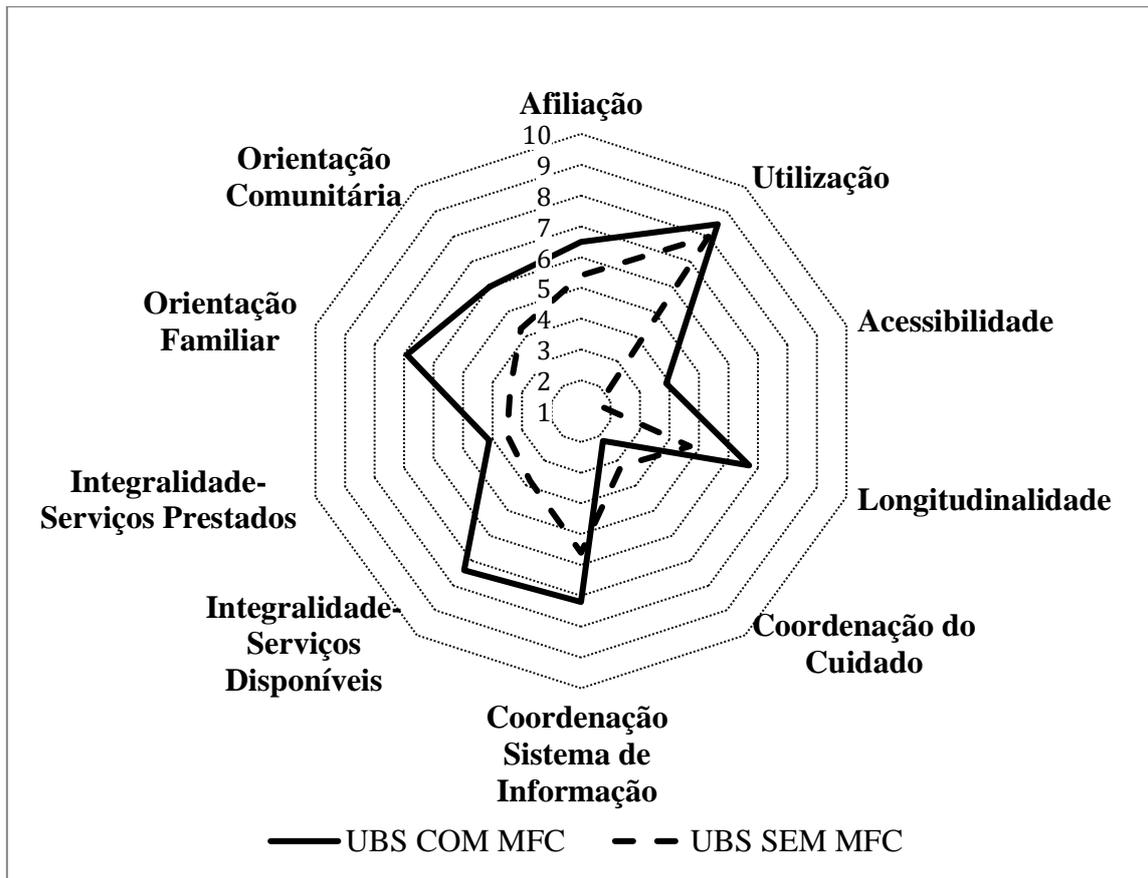
com altos escores (VAN STRALEN et al., 2008; SILVA; FRACOLLI, 2014). Em contrapartida, o serviço sem a residência médica apresentou scores de utilização (5,0) e afiliação (2,4) abaixo do apresentado pela unidade portadora do serviço especializado e, portanto, inferior aos dos estudos supracitados.

Tabela 1. Diferenças dos escores médios e intervalos de confiança (IC 95%) dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na experiência dos usuários adultos, entre a UBS com Medicina de Família e Comunidade e a UBS sem MFC. Município de Anápolis/GO, 2018.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	UBS COM MFC			UBS SEM MFC			p
	Média	DP	(IC 95%)	Média	DP	(IC 95%)	
Afiliação	6,5	3,5	(5,7 - 7,2)	5,4	2,4	(4,6 - 6,2)	3,096
Utilização	8,5	2,4	(8,0 - 9,1)	8,0	5,0	(7,4 - 8,7)	2,032
Acessibilidade	3,9	2,4	(3,1 - 4,6)	1,6	0,4	(1,0 - 2,2)	1,006
Longitudinalidade	6,7	1,7	(6,0 - 7,4)	4,7	1,7	(3,9 - 5,5)	0,989
Coordenação do Cuidado	2,2	0,6	(1,5 - 2,8)	3,2	1,0	(2,5 - 3,9)	0,789
Coordenação Sistema de Informação	7,2	3,0	(6,5 - 7,9)	5,6	2,6	(4,8 - 6,3)	0,321
Integralidade - Serviços Disponíveis	7,4	3,1	(6,7 - 8,1)	3,8	0,9	(3,1 - 4,5)	0,684
Integralidade - Serviços Prestados	4,1	2,8	(3,4 - 4,9)	3,5	0,7	(2,8 - 4,3)	0,214
Escore Essencial	5,5	1,4	(6,1 - 7,6)	3,6	0,8	(2,9 - 4,4)	0,833
Orientação Familiar	6,9	2,8	(5,2 - 7,6)	3,4	0,6	(2,7 - 4,2)	0,654
Orientação Comunitária	6,0	3,2	(5,2 - 6,8)	4,3	2,1	(3,6 - 5,2)	0,745
Escore Geral	6,8	1,8	(6,1 - 7,5)	4,5	2,4	(3,7 - 5,3)	0,984

Escores assumem valores de 0 a 10. DP: Desvio padrão. IC: intervalo de confiança. p: Teste T de Student com nível de significância de 95% de confiança ($p \leq 0,05$).

Gráfico 1. Diferenças dos escores médios dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na experiência de usuários adultos, entre a UBS com Medicina de Família e Comunidade e a UBS sem MFC. Município de Anápolis/GO, 2018



5.1.3. Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

Por outro lado, o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, que avalia quanto o serviço de saúde é disponível ao usuário e sua capacidade de atendimento para a rotina ou para a demanda espontânea, recebeu a segunda pior avaliação entre os demais, pontuando um escore de 3,9 na unidade de saúde B. Contudo, a pontuação em unidade A foi ainda inferior (1,6). A falta dessa qualidade é uma característica presente em outros estudos que avaliaram a ESF. No estudo de Silva e Fracolli (2014), a Acessibilidade recebeu um escore de 3,21. Em um estudo realizado em 2 cidades sul matogrossenses e 7 cidades goianas, incluindo Anápolis, utilizando-se o mesmo instrumento de coleta (PCATool), a subdimensão Acessibilidade pontuou um escore de 2,3 (VAN STRALEN, 2008).

Os itens que pesaram negativamente sobre a acessibilidade na UBS B foram:

C7 - Quando seu serviço está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?

C6 - Quando a UBS está fechada no sábado e domingo, e você fica doente, alguém deste serviço que atende você no mesmo dia?

C1 - O seu serviço de saúde fica aberto no sábado ou no domingo?

C2 - O seu serviço de saúde fica aberto pelo menos algumas noites dos dias úteis até às 20 horas?

C9 - Quando você chega no seu serviço, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou o enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

Nota-se que a indisponibilidade de atendimento nos finais de semana e após as 18 horas, bem como ausência de mecanismos de aconselhamento ou de agendamento por telefone no horário normal de funcionamento ou quando o serviço se encontra fechado são os principais obstáculos ao acesso. Isso também é evidenciado na literatura (SALA et al., 2011; REIS et al., 2013; SILVA; FRACOLLI, 2014). Para transpor esses obstáculos, é necessário que as pessoas faltem ao trabalho ou à escola para conseguir realizar agendamento ou atendimento. Em outros estudos, o horário estendido culminou em um resultado diferente, em que as pessoas não precisam mudar sua rotina para receber atendimento de saúde na ESF (SALA et al., 2011; REIS et al., 2013).

5.1.4. Longitudinalidade

Quanto a longitudinalidade, o escore obtido foi de 6,7 na unidade B, o 5º em ordem decrescente das médias dos atributos. Enquanto na unidade A, foi ainda menor, com uma pontuação de 4,7. Em estudo anterior realizado em Anápolis, o escore obtido para esse atributo foi de 4,2 em unidades com profissionais não formados em MFC (VAN STRALEN, 2008). O resultado positivo da avaliação atual era esperado uma vez que a Medicina de Família e Comunidade tem em sua essência a prestação de cuidados abrangentes e continuados, estabelecendo vínculo entre a família e o profissional (JUSTINO, 2016). Contudo, a sua presença não é aquisição simples. Ainda que o estabelecimento do vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só é possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e os mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde (SILVA; FRACOLLI, 2014).

Mesmo diante de um resultado positivo, alguns itens do atributo Longitudinalidade tiveram um resultado desfavorável. O item que versa sobre a possibilidade de se telefonar

para o profissional de saúde em caso de dúvida apresentou avaliação negativa (68,4%). A mesma barreira de comunicação já foi apontada no atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade e também foi encontrada em outras avaliações (VAN STRALEN et al., 2008; SILVA; FRACOLLI, 2014).

5.1.5. Coordenação - Integração do Cuidado

No que se refere ao atributo Coordenação - Integração do Cuidado, o escore alcançou apenas 2,2 na unidade B e uma pontuação maior na unidade A (3,2). Na literatura, a pesquisa de Van Stralen et al. (2008) obteve o escore mais próximo, de 3,43, para esse atributo. Tais dados vão de encontro aos resultados obtidos por Silva e Fracolli (2014) e Penso et al. (2017), nos quais se alcançou 6,10 e 6,97, respectivamente. Esse atributo evidencia a importância da Unidade Básica de Saúde como porta de entrada e centro coordenador do Sistema Único de Saúde, objetivando a continuidade da atenção entre os níveis de complexidade de atendimento e a aproximação com outros setores sociais (ELIAS et al., 2006; SALA et al., 2011).

5.1.6. Coordenação - Sistema de Informações

O atributo Coordenação - Sistema de Informações alcançou 7,2 no estudo da unidade de saúde B em contraponto com a unidade A que pontuou 5,6 neste quesito, condiz com os escores obtidos por Paula et al. (2015) em estudo feito em uma cidade do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais, bem como com o estudo realizado por Silva e Fracolli (2014), nos quais se atingiu 6,7 e 6,41, respectivamente. Também vai ao encontro do valor de 7,82 obtido por Penso et al. (2017) em estudo feito com profissionais do município de Lajeado, no Rio Grande do Sul. Soma-se a isso o resultado obtido por Carneiro et al. (2014), no qual em apenas duas unidades, das vinte e oito pesquisadas, obteve-se média menor do que 6,6. Vale ressaltar que esse atributo avalia, por exemplo, o uso do prontuário e a disponibilidade de que o paciente tenha acesso ao mesmo. Nesse âmbito, é vantajoso o investimento e consequente uso de tecnologias da informação e comunicação, inserindo sistemas informatizados e prontuários eletrônicos (CARNEIRO et al., 2014).

5.1.7. Integralidade - Serviços Disponíveis

No que se refere ao atributo Integralidade - Serviços Disponíveis, para sua avaliação não é necessário que o usuário tenha recebido o serviço, mas saiba se este está ou não disponível na UBS (BRASIL, 2010). A UBS B alcançou neste item sua segunda maior pontuação (7,4), o que está em consonância com outros estudos disponíveis na literatura e é considerado satisfatório por ser maior do que 6,6 (ELIAS et al., 2006; SALA et al., 2011; PAULA, et al., 2015). Em contrapartida, esse atributo pontuou apenas 3,8 na UBS A. Esse

dado está em consonância com o estudo de Leão e Caldeira (2011) que evidenciou diferença estatisticamente significativa, com maior média (6,0) para esse atributo nas unidades com residência quando comparado às unidades sem residência (4,9).

Os itens que mais influenciaram no bom desempenho da UBS B foram:

G5 - Avaliação da saúde bucal (exame dentário)

G6 - Tratamento dentário

G4 - Vacinas (imunizações)

G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)

G18 - Cuidados pré-natais

Nota-se que os serviços oferecidos estão em consonância com uma política de uma Atenção Primária à Saúde que aborda integralmente o indivíduo, sob a ótica de uma equipe multidisciplinar e a realização de procedimentos tidos como simples na própria UBS, sem a necessidade de referenciar o paciente para um nível de atenção secundário. Este fato corrobora a ideia de que a Medicina de Família e Comunidade é a especialidade médica preparada para atuar em APS, coordenando o cuidado integral do indivíduo (LOPES, 2012; GIOVANELLA; STEGMULLER, 2013).

Porém, alguns serviços não estão disponíveis em ambas unidades, na visão dos usuários. Entre eles, cita-se:

G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.

G14 - Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)

G15 - Remoção de verrugas.

G19 - Remoção de unha encravada.

Essa indisponibilidade de certos procedimentos, comum às duas unidades, possivelmente pode ser explicada pela baixa ou inexistente oferta de alguns recursos que deveriam ser ofertados pela secretaria de saúde, como instrumentos e insumos necessários (GIRARDI et al., 2017). Cabe ainda ressaltar que essa realidade pode corroborar para a baixa fixação dos profissionais médicos nas unidades de saúde, dificultando a longitudinalidade e integralidade do cuidado (SENNA; COSTA; SILVA, 2010).

Estudo de Luengo-Martínez e Sanhuenza (2016) apontam que além da falta de insumos, outras dificuldades são comuns e acarretam diminuição da qualidade do cuidado. Dentre elas estão a baixa qualidade dos materiais ofertados, a sobrecarga de trabalho, salários insatisfatórios e o número insuficiente de profissionais.

5.1.8. Integralidade - Serviços Prestados

O atributo Integralidade - Serviços Prestados, que considera os serviços que o usuário já recebeu na UBS (BRASIL, 2010), pontuou 3,5 para a UBS A e 4,1 para a UBS B, valores que estão de acordo com o estudo de Silva e Fracolli (2014) que obteve um escore de 4,92 neste quesito. Diferentemente, Leão e Caldeira (2011) obtiveram 8,0 e 7,9 para Integralidade - ações de promoção e prevenção recebidos, em unidades com e sem residência, respectivamente.

Pode-se interpretar essa avaliação a partir da afirmação de Silva e Fracolli (2014) de que, apesar do instrumento ter sido validado no Brasil, o rol de serviços elencados não está adequado à realidade das ESF participantes do estudo. Corrobora para essa justificativa o fato de que o escore foi baixo para ambas unidades de saúde e o melhor desempenho encontrado por Leão e Caldeira (2011) quando se avaliou serviços de promoção e prevenção, especificamente.

Outra interpretação que pode ser levantada, a partir da correlação destes dados com a avaliação qualitativa feita neste trabalho, é que o Programa de Residência Médica em MFC possui apenas 3 anos completos e enfrentou algumas dificuldades em sua implantação: resistência inicial da equipe e da população. Isso pode ser explicado pelo fato de que culturalmente, as práticas de prevenção e de promoção ficam subjugadas às práticas tradicionais de tratamento e de reabilitação (SILVA; FRACOLLI, 2014).

5.1.9. Orientação Familiar

O atributo Orientação Familiar obteve na análise deste trabalho uma pontuação de 3,4 na UBS A e 6,9 na UBS B. A literatura mostra pontuações baixas nesse item. Van Stralen (2008) obteve um escore de 1,1 em Estratégia Saúde da Família sem profissionais MFC da cidade de Anápolis. No estudo de Sala et al. (2011), essa dimensão foi a que apresentou a maior proporção de questões com baixos percentuais de respostas positivas. O trabalho de Silva e Fracolli (2014) em ESF mineiras mostrou um escore de 5,9 em ESF não compostas por Médicos de Família e Comunidade.

Contrariamente, Leão e Caldeira (2011) obtiveram pontuação 4,3 na ESF com residência e 4,4 na ESF sem residência, contudo, essa diferença não foi considerada estatisticamente significativa ($p>0,05$). Dessa forma, pode-se inferir que apesar de a ESF e a APS, em seu cerne, ter uma visão voltada para uma orientação familiar, isso não se mostra suficiente, sendo relevante a presença de profissionais com formação adequada para atuar no contexto singular, que é a APS.

5.1.10. Orientação Comunitária

O atributo Orientação Comunitária pontuou um escore de 4,3 para UBS A e 6,0 para a UBS B nesta pesquisa. Silva e Fracoli (2014) obtiveram um escore de 5,88 neste quesito. Estudo anterior em UBS sem profissionais com residência em MFC no município de Anápolis mostrou uma pontuação de 1,7 (VAN STRALEN, 2008). Leão e Caldeira (2011) encontraram pontuação 5,8 e 5,3 para as unidades com e sem profissional com residência, respectivamente.

Os itens que avaliam as visitas domiciliares e do reconhecimento dos problemas de saúde da comunidade pelos profissionais do serviço de saúde receberam avaliações positivas. A visita domiciliar é uma das ações que têm maior visibilidade e impacto junto à população (SILVA; FRACOLLI, 2014) e é uma das ferramentas do Médico de Família para realizar a abordagem comunitária (MAHMUD; MANO; LOPES, 2012).

5.1.11. Escore Essencial

No que tange ao Escore Essencial, se obteve 3,6 para a UBS A e 5,5 para a UBS B. Ambos são considerados insatisfatórios quando adotamos 6,6 como cut off para um bom desempenho (OLIVEIRA, 2007). Leão e Caldeira (2011) chegaram ao resultado de 7,0 para ESF com profissional com residência e 6,6 para a ESF que não o possui, sendo essa diferença estatisticamente significativa, mas ainda assim com ambos valores considerados como bom desempenho. Depreende-se desses dados que ainda que a pontuação seja maior na UBS anapolina que possui a residência em MFC, muito deve ser melhorado, em ambas as unidades, no que tange aos atributos essenciais da APS, sendo eles a atenção no primeiro contato, longitudinalidade e coordenação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

5.1.12. Escore Geral

Destaca-se a diferença obtida no Escore Geral, onde a UBS A e B alcançaram 4,5 e 6,8 pontos, respectivamente, sendo este último considerado satisfatório. O escore geral é calculado por meio da média dos valores obtidos para os atributos essenciais e derivado. Dessa maneira, pode-se inferir que a UBS B, que possui a residência médica em MFC,

oferece aos usuários um atendimento mais condizente com os princípios da APS, refletindo em maior satisfação por parte da população.

5.2. Grupo focal

Foi realizado grupo focal com o Coordenador de Atenção Básica do Município de Anápolis e 04 supervisoras de área de UBS. O docente orientador atuou como moderador do grupo, levantando as perguntas e os discentes-pesquisadores participaram como observadores. As falas foram gravadas e transcritas para posterior análise. As falas foram agrupadas e divididas em quatro categorias, apresentadas a seguir.

Resistências

Esta categoria expõe os primeiros momentos do processo de implantação da residência em medicina de família e comunidade nas unidades gerenciadas pelos participantes do grupo focal. Ao serem questionados, os gestores relataram que este início foi marcado por resistência da população aos residentes, devido à falta de conhecimento quanto ao perfil do atendimento.

No início teve um pouco de resistência dos pacientes em si, mas com o passar do tempo, um, dois, três meses, os pacientes mesmo começaram a sentir a diferença, já começaram a elogiar, desde então eu só tenho elogios das unidades onde tem residência, dos pacientes e como gestora também. G2

A consulta com certeza é mais demorada. Os pacientes reclamavam que a consulta era muito demorada, mas com o passar do tempo eles viam que isso trazia mais benfeitorias para eles. G2

De acordo com o estudo de Rodrigues (2007) a primeira resistência foi a falta de percepção da necessidade de instituir o programa de residência em questão no âmbito da atenção primária pela própria gestão. Esta alegou que a atenção primária atende condições ou problemas simples, sendo os problemas mais complexos referenciados aos níveis secundários e terciários de atenção. Assim, percebe-se que a primeira resistência encontrada, pode ter origem no desconhecimento sobre o papel da atenção primária, instituída para ser porta de entrada e o nível de atenção responsável pela resolução da maioria dos problemas de saúde, bem como no desconhecimento acerca do médico de família e sua atuação. Contudo, o desfecho em Anápolis foi benigno, uma vez que a população perceberá os benefícios trazidos pelos residentes, como atendimento integral e resolutivo. Isso resultou em aprovação por parte dos usuários à implantação da residência.

Atuação em equipe e processos de trabalho: um acesso qualificado

Esta categoria refere-se ao desenvolvimento do processo de trabalho dos residentes e da equipe nas unidades com a residência de Medicina de Família e Comunidade.

(...) lá tem uma técnica que sempre pedia pra sair de lá e o dia que fui lá ela disse que não quer sair de lá, que tá bem tranquilo de trabalhar. G3

A equipe toda sai ganhando, porque querendo ou não, a gente faz mais reciclagem, a gente tem mais reuniões de equipe, que são impostas, que o caderno exige... e de uma forma geral, a gente tem tido só sucesso. G2

Um aspecto levantado pelos gestores é o fato da residência, inesperadamente, ter motivado os demais profissionais a se especializarem e continuar se atualizando.

A residência da MFC tem apresentado como resultado muito positivo a melhoria da qualidade do acesso, independentemente das condições que temos dentro da UBS, seja ela com os melhores equipamentos ou equipamentos intermediários (...). A residência tem feito uma questão que não era previsto pela gestão talvez, em momentos anteriores, ela tem promovido dentro da equipe motivação e qualificação também. Os outros profissionais buscam qualificação. Então, na realidade o impacto dela é para além da assistência. O impacto dela é realmente para mudança de processo de trabalho e de formação voltada para ESF. No caso para APS. G6

Este fato, conforme mostrado no trabalho de Justino, 2016, foi observado também no programa de residência médica em MFC da cidade do Rio de Janeiro. Fato que talvez seja justificado por ser um espaço de constantes reflexões sobre o processo de trabalho.

Um olhar integral e resolutivo

Esta categoria discorre sobre a visão da gestão quanto ao atendimento prestado pelos residentes. Quando questionados sobre o modelo de trabalho das equipes com residência, os gestores notaram uma maior resolutividade e relacionam este fato a abordagem integral do indivíduo.

Com o decorrer do tempo a gente vai percebendo que as consultas do paciente vão diminuindo, de acordo com que vai tratando o paciente como todo, ele vai indo menos vezes a unidade. Isso eu percebo a resolutividade, que o paciente

vai menos na unidade. Querendo ou não a agenda acaba diminuindo, porque eles prezam a qualidade e não a quantidade. G2

Segundo o médico canadense Mc. Whinney (1995) o médico de família deve possuir habilidades de solucionar problemas, habilidades preventivas, terapêuticas e para gestão dos recursos comunitários e dos sistemas de atenção. Isso significa que ele é o especialista capacitado para atuar na atenção primária, porque deverá lidar com problemas diversos, no contexto específico de uma comunidade, coordenando o cuidado dos pacientes atendidos. Esses fatores melhoram a resolutividade do atendimento no contexto da APS.

Um dos princípios da MFC define que o médico de família e comunidade é um recurso de uma população definida. Acredita-se que este profissional deva ter sob seus cuidados entre 1800 e 2200 pessoas, possibilitando disponibilidade e resolubilidade da demanda. Ao realizar encaminhamentos, cabe a esse profissional acompanhar o caso e intervir, se necessário (LOPES, 2012).

Outro aspecto evidenciado é a de que o paciente é atendido em sua totalidade, com uma visão ampla, partindo de um conceito de saúde que englobe aspectos biopsicossociais. Dentro dessa abordagem integral, há a execução de pequenos procedimentos que conferem maior resolutividade aos casos, menor número de encaminhamentos e maior satisfação do paciente.

Sim, eu percebo que grande quantidade de procedimentos são realizados, (...). Eles achavam que só na unidade terciária isso era realizado, só o especialista que fazia tal procedimento... exérese de unha, esses pequenos procedimentos vêm realizando rotineiramente dentro das unidades... Vem aumentando muito... os pacientes em si nem sabiam que esses procedimentos existiam dentro da atenção básica. Aumentou muito e tem elogios em relação a isso. Facilita a vida do paciente (...). G2

A literatura aponta que outros programas de residência médica em MFC proporcionaram que as Unidades recebessem materiais diferenciados e profissionais com habilidade para executá-los. Este investimento influencia na melhoria da oferta de serviços, ou seja, a população tem mais acesso a serviços diferenciados. Este processo acarretará, ao longo do tempo, em um efeito ‘bola de neve’, expandindo-se para as demais Unidades, pois à medida em que os egressos são inseridos em novos espaços sem residência, estes exigem a

garantia dos insumos diferenciados e assim estes procedimentos estarão cada vez mais disponíveis na rede (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Desafios para o futuro

Esta categoria retrata as perspectivas da gestão quanto ao futuro do programa de residência e da APS. Ao serem questionados sobre os desafios futuros, os gestores apontaram a inserção dos egressos do programa de residência médica na APS da cidade.

Hoje o que a gente observa é uma rotatividade muito grande dos médicos. Talvez o maior desafio nesse momento, do ponto de gestão, seja a criação de uma política municipal de incorporação dos recursos humanos que estão sendo produzidos no Programa de Residência em MFC. G6

O estudo de Campos e Malik (2004) evidencia três principais fatores que contribuem para a rotatividade. A maior correlação encontrada foi entre rotatividade e capacitação. Assim, quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor a rotatividade. A segunda maior correlação foi com o tempo de locomoção para chegar ao trabalho. Esse dado permite inferir que quanto maior a distância da unidade de saúde do local de moradia do profissional, maior a rotatividade.

O terceiro fator de rotatividade identificado foi material. A falta de materiais para realização do trabalho leva a uma maior rotatividade de profissionais. No resultado da pesquisa de satisfação no trabalho, o resultado da satisfação dos profissionais para com as condições materiais foi o quarto pior resultado em termos de satisfação no trabalho (CAMPOS; MALIK, 2004).

Outros programas de residência enfrentam este mesmo desafio e adotaram algumas estratégias para fixação dos residentes egressos. Sentir-se feliz e satisfeito com seu trabalho é apontado como um dos fatores contribuintes para fixação do profissional. Além disso, outras motivações incluem a prioridade de contratação dos residentes egressos para as vagas que surgem e a possibilidade de planos de carreira, com acréscimos salariais de acordo com o grau de pós-graduação. Ademais, a continuidade do atendimento permite que o residente exerça toda a sua potencialidade clínica, observando os resultados terapêuticos nos pacientes, o que permite o estabelecimento de um vínculo entre o profissional e a população. Essa vinculação é apontada na literatura como uma das principais estratégias para a fixação do profissional na rede (SORANZ, 2014).

6. CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou os resultados a respeito da implantação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Anápolis. O escore geral na UBS com residência é considerado bom, tendo corroborado para esse resultado, especialmente, os atributos de Utilização, Integralidade - Serviços Disponíveis e Coordenação – Sistema de Informação e Orientação familiar. Evidenciou-se que na unidade possuidora do serviço de residência houve melhores escores quando comparados a UBS sem residência, demonstrando o quão benéfico para os usuários é a presença de um profissional habilitado para atuar na APS. Contudo, o escore ainda baixo em determinados atributos revelam a necessidade de aperfeiçoamento do programa e da estrutura das UBS no município.

Quanto ao grupo focal, se percebe na fala dos gestores que a implantação do programa de residência, embora tenha causado estranheza inicialmente, mostra agora boa aceitação e repercussão e que este tem acarretado melhorias nos serviços prestados à população, em especial no que diz respeito à resolutividade das demandas dos usuários em suas consultas. Foi levantada a opinião de que os benefícios se estendem também às equipes, uma vez que é um estímulo para educação continuada de todos. No mais, é relevante destacar que a alta rotatividade desses profissionais após o fim da residência é um aspecto negativo, criando a necessidade de uma política que assegure a permanência desses profissionais nas unidades.

Os resultados demonstrados no presente estudo ressaltam a importância da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e contribuem para os serviços participantes na medida em que podem sugerir mudanças. Dessa maneira, espera-se que a divulgação de tais evidências à população, aos acadêmicos, médicos e gestores suscite debates entre os diferentes grupos e gere modificações que visem a melhoria da qualidade da atenção básica no município de Anápolis e em outros municípios com serviços de saúde semelhantes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, Maria Inez Padula. GUSSO, Gustavo. FILHO, Eno Dias de Castro. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Revista APS, v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005.
- ARIAS-CASTILLO, Liliana et al, PERFIL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DEFINIÇÃO IBEROAMERICANA.
- AUGUSTO, Daniel knupp. Residência em Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, José Gustavo; LOPES, Mauro Ceratti. Org(s). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 381-386.
- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2011, 229p.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2015.
- BRASIL. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm>. Acesso em: 08 mai.2017
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos

profissionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-485, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400006&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400006>.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al. Assessment of the coordination attribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users. **Saúde em Debate**, v. 38, n. SPE, p. 279-295, 2014.

CAVALCANTE NETO, Pedro Gomes; LIRA, Geison Vasconcelos; MIRANDA, Alcides Silva de. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 198-204, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022009000200006&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 mar. 2017.

CHAN, M. A importância crescente da medicina de família. (Discurso proferido no 20º World Congress of the World Organization of Family Doctors - WONCA). Praga, República Tcheca, 26 de junho de 2013. Disponível em: <www.sbmfc.org.br>. Acesso em: 06 set. 2013.

DE CAMPOS OLIVEIRA, Maria Amélia; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, 2013.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300012&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.

FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 5-10, nov. 2004. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

GIOVANELLA, L. STEGMULLER, K. Tendências de reformas da atenção primária á saúde em países europeus. Anais do I Seminário Nacional de Cuidado em Atenção Primária em Saúde. Cascavel (PR), mai. 2013.

GIRARDI, Sabado Nicolau et al. Scope of practice in Primary Care: physicians and nurses in five health regions in Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 17, supl. 1, p. S171-S184, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600008&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700s100008>.

GONTIJO, Tarcísio Laerte et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, Sept. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300741&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>.

JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, Thayse Palhano de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1471-1480, May 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501471&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 mar. 2017.

LOPES, J. M. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. P. 25-35.

LUENGO-MARTINEZ, Carolina; SANHUEZA, Olivia. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. *Med. segur. trab.*, Madrid, v. 62, n. 245, p. 368-380, dic. 2016. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000500008&lng=es&nrm=iso>. accedido en 04 Nov. 2018.

MAHMUD, Sati Jaber. MANO, Maria Amélia. LOPES, José Mauro Ceratti. In: GUSSO, José Gustavo; LOPES, Mauro Ceratti. Org(s). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 255-264.

McWHINNEY, I. R. *Medicina de família*. Barcelona: DoymaLibros, 1995. P.68.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 464-471, Sept.

2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300017&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 mar. 2017.

Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

OLIVEIRA, Vinicius Gomes de et al. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 9, n. 30, p. 85-88, dez. 2013. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/850>>. Acesso em: 19 mar. 2017.

PAULA, Fabiana Angélica de et al. Evaluation of adult health care in a city pole of Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 802-814, 2015.

PENSO, Jéssica Mazutti et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

REIS, Regimarina Soares et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.

RODRIGUES, Elisa Toffoli et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 604-614, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400604&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160084>.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. NEY, Márcia Silveira. PAIVA, Carlos Henrique Assunção. SOUZA, Luciana Maria Borges da Matta. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na estratégia saúde de família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1147-1166, 2013.

SALA, Arnaldo et al. Integrality and primary health care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins da; SILVA, Luana Nunes da. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*, v. 16, n. 1, p. 121-137, 2012.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. The Family Health Strategy assessment: perspective of users in Minas Gerais, Brazil. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014.

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

Tratado de medicina de família e comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática /Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados eletrônicos. - Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2667-2669, Sept. 2016.
Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902667&lng=en&nrm=iso>. Access on 09 Apr. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s148-s158, 2008.

White, K. L., T. F. Williams, and B. G. Greenberg. “The Ecology of Medical Care. 1961.” *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 73.1 (1996): 187–212. Print.

8. ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis

Pesquisador: Valter Luiz Moreira de Rezende

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79832117.5.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.448.605

Apresentação do Projeto:

As informações foram retiradas dos documentos Projeto Detalhado e Plataforma Brasil:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1026868.pdf:

O projeto tem o seguinte título: Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis. Tem por finalidade edificar a prática médica nas dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença, objetivando a atenção integral à saúde e o cuidado contínuo da população, analisar o impacto da implementação do programa de residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Anápolis, e ainda, verificar evidências de uma melhora na qualidade e efetividade dos serviços prestados em UBS contempladas com a residência médica quando comparadas às que não possuem tal programa.

Na introdução, o pesquisador pontua que: “há uma incompatibilidade entre o modelo de atenção à saúde proposta pelo SUS e a formação dos profissionais que atuam na APS (Atenção Primária à Saúde). (MATOS et al., 2014; NOGUEIRA; GUEDES, 2013; DA SILVA; CALDEIRA, 2010)”, e ainda que: “Os princípios da residência em MFC (Medicina

de Família e Comunidade) almejam uma formação singular, voltada à edificação de uma prática médica que englobe as dimensões biopsicossociais do processo saúde-doença”.

Acrescenta que: “As equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família) que possuem profissionais com residência em medicina de família e comunidade ou residência multiprofissional em saúde da família apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS. Sua maior efetividade pode ser justificada pela formação de profissionais mais voltados às funções cotidianas da APS” (LEÃO; CALDEIRA,2011).

Apresenta a seguinte hipótese: “A implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde do município de Anápolis-GO poderá acarretar melhorias do atendimento na Atenção Primária a Saúde.”

Metodologicamente a pesquisa propõe “estudo observacional, comparativo e transversal, a ser realizado nos anos de 2017 e 2018, com os usuários dos serviços prestados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Anápolis - GO, bem como os profissionais que atuam nessas unidades e os gestores por elas responsáveis. A metodologia a ser utilizada será quantitativa e qualitativa, por meio da aplicação de questionário e entrevista semiestruturada. Na primeira etapa, quantitativa, será utilizado o questionário PCATool-Brasil. Este será aplicado pelos autores do trabalho à amostra de usuários das unidades de saúde selecionadas e aos médicos que trabalham nas UBS do município de Anápolis que foram selecionadas para esta pesquisa. Em uma segunda etapa, os enfermeiros que trabalham na UBS Bandeiras em Anápolis e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis serão entrevistados.” Quanto ao local da pesquisa, o projeto discorre que “o estudo realizar-se-á em 2 Unidades Básicas de Saúde da cidade de Anápolis. UBS Bandeiras, a unidade de saúde pioneira na Residência de Medicina de Família na cidade de Anápolis. E Recanto do Sol, uma UBS não pertencente ao Programa de Residência Médica em MFC.” E, ainda, que contará com 150 participantes. Para coleta e análise de dados a pesquisa propõe: “Inicialmente os participantes, profissionais de saúde, serão convidados a participarem do estudo na UBS em seu local de trabalho. E os moradores poderão ser convidados na UBS, na sala de espera ou em visitas domiciliares, após o convite se dará a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) no mesmo local. Em seguida serão aplicados pelos pesquisadores aos usuários e aos profissionais médicos das Unidades Básicas de Saúde dos bairros Bandeiras e Recanto do Sol, os instrumentos de coleta de dados. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) a ser aplicado neste estudo contempla a versões destinadas a adulto (maiores de 18 anos), a profissionais de saúde e ao coordenador /

gerente do serviço de saúde. Tal questionário avalia a presença e a dimensão dos 4 atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e dos 3 atributos derivados da APS (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). Será feita uma estatística descritiva na forma de média, desvio padrão, frequência simples e percentual. Em seguida, será calculado o Qui Quadrado com intuito de comparar as distribuições percentuais dos dados coletados, com a possibilidade de comparar entre as unidades de saúde em questão. Também será calculado o Odds Ratio (OR) visando estimar a grandeza da diferença entre as unidades de saúde.

Para tanto será utilizado software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 21.0, sendo adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Na parte qualitativa, será desenvolvido um grupo focal. A escolha em avaliar por meio de grupos focais deve -se ao fato destes serem ambientes propícios para interação entre pesquisador e participantes e para colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (IERVOLINO, 2001).

Será realizado um grupo focal guiado pelo docente orientador na própria UBS, com os enfermeiros das unidades pesquisadas e gestores responsáveis por essas áreas. O mesmo ocorrerá após concordância dos participantes com os propósitos da pesquisa, da gravação em áudio, da garantia de sigilo, e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será utilizado dois gravadores com o intuito de garantir a segurança e qualidade das gravações, para posterior transcrição. O encontro será gravado e a duração ainda será definida de acordo com o processo do grupo focal.

As perguntas norteadoras do grupo serão:

1. O que você entende por “Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade (MFC)”?
2. Como você enxerga o papel do médico na Equipe de Saúde da Família?
3. O que você acha que mudou na dinâmica da unidade após a implementação da residência em Medicina de Família e Comunidade?
4. Na sua opinião, o que pode ser melhorado no atendimento?
5. Você percebe que os usuários da unidade estão mais satisfeitos com o atendimento e comparecem mais à UBS?

Após a realização do grupo, ocorrerá a transcrição do material gravado e a análise das respostas será feita pela modalidade de análise temática fundamentada em (BARDIN, 2011), que é colocada como efetiva para investigações qualitativas em saúde (IERVOLINO, 2001).

A análise de conteúdo organizar-se-á em torno de três polos cronológicos (BARDIN, 2012):

1. Pré-análise: leitura flutuante de cujas impressões e orientações emergiram as hipóteses; escolha dos documentos com demarcação do universo a ser analisado; formulação das hipóteses.
2. Exploração do material: Fase de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são tratados de modo a serem significativos e válidos. Nessa fase, podem ser obtidos quadros de resultados que condensem as informações fornecidas pela análise, além de inferências e interpretações que respondam aos objetivos propostos.

As categorias extraídas da transcrição do grupo com os enfermeiros e gestores são construídas de duas formas:

1. Predeterminadas: a partir dos objetivos do estudo e perguntas norteadoras do grupo focal. Bardin (2012), coloca que esta modalidade é aplicável nos casos de a organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos.
2. Acervo: incorporação de questões que emergiram espontaneamente pelos participantes do grupo. Essas categorias foram escolhidas a posteriori, conforme indicação de Bardin (2011), que cita como possibilidade de categorização temática os “valores” revelados pelo material pesquisado, através das forças de inferências que nascem do diálogo com o contexto da pesquisa e a literatura já existente.” Para inclusão à pesquisa, propõe: “1- Usuários residentes nas áreas cobertas por cada UBS, que tenham ao menos 02 atendimentos e sejam maiores de 18 anos e alfabetizados; 2 - Profissionais que atuem há pelo menos 1 ano na equipe de saúde local e sejam médicos ou enfermeiros;3- Todos os gestores supervisores de área;4Aceitar voluntariamente participar da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Informa que serão excluídos: “Questionários respondidos de maneira incompleta pelos usuários ou pelos médicos.”

Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto será submetido ao processo de avaliação ética, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde são estabelecidos critérios para pesquisas que envolvem seres humanos, e caso aprovado dar-se-á seguimento ao estudo.

Os indivíduos serão convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, sendo todos os procedimentos explicados previamente. Caso aceitem, será disponibilizado um Termo de Consentimento Livres Esclarecido (TCLE), escrito em linguagem simples e acessível, para que sejam assinados.

A identidade dos participantes será mantida em anonimato, uma vez que seus dados pessoais não serão citados no projeto e os nomes serão substituídos números. Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para fins de trabalho de iniciação científica. Poderão ainda ser utilizados em publicações científicas e apresentados em congressos e eventos semelhantes. Ficarão armazenados por 5 anos e posteriormente serão incinerados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde do município de Anápolis.

Objetivos Secundários:

- 1- Comparar o grau de afiliação, acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, integração e coordenação de cuidados dos usuários de Unidades Básicas de Saúde participantes e não participantes de programa de residência médica em MFC.
- 2- Comparar o grau de afiliação, acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, integração e coordenação de cuidados dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde participantes e não participantes de programa de residência médica em MFC.
- 3- Contrastar o grau de satisfação da gestão em relação às Unidades Básicas de Saúde participantes e não participantes de programa de residência médica em MFC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Neste projeto, os possíveis riscos aos entrevistados serão os incômodos ou constrangimentos em responder perguntas sobre sua vida pessoal, profissional e a percepção dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde. Visando minimizá-los, as entrevistas serão aplicadas em privacidade, na própria UBS ou no domicílio dos moradores, e os participantes poderão se recusar a responder qualquer pergunta ou mesmo desistir de

responder à entrevista, caso desejem. Poderia, ainda, existir o risco de possível exposição da identidade da pessoa estudada. Para tornar tais riscos mínimos, todos os questionários e entrevistas coletadas serão enumeradas e arquivadas sob a guarda do pesquisador responsável e dos acadêmicos voluntários. Ao final de cada coleta, serão revisados o número e a pasta de arquivo, desvinculando qualquer informação coletada que caracterize o dado como pertencente a alguém específico. Esses cuidados minimizarão o extravio e a exposição dos pesquisados.

Benefícios: O benefício direto para os participantes constitui-se na orientação dos usuários e profissionais a respeito da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica primordial na Atenção Primária. O benefício indireto desta pesquisa consiste principalmente, em avaliar se a implantação da residência em Medicina de Família e Comunidade reflete numa melhor qualificação da APS do município. Ao mudar o paradigma vigente, a Saúde Pública poderá nortear suas políticas públicas e incentivar a formação de mais especialistas. As dificuldades reveladas nortearão as ações futuras, assim como os aspectos positivos identificados poderão ser fortalecidos. É um estudo sem grandes custos, com relevância absoluta, por não constar nenhum estudo prévio na população em questão, que trará, consigo a possibilidade de remodelar a realidade encontrada, através de parcerias futuras com governo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa do curso de medicina sob a orientação do Professor Valter Luiz Moreira de Rezende. Apresenta-se bem fundamentado com recorte metodológico adequado. Apresenta Cronograma e Orçamento adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/12 do CNS, não apresentando nenhum óbice ético para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	11/11/2017		Aceito
Básicas do Projeto	ETO_1026868.pdf	13:02:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartacoparticipacaocorreta.pdf	11/11/2017 13:01:29	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuarios.docx	11/11/2017 13:00:36	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmedicos.docx	11/11/2017 13:00:24	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEenfermeirosegestores.docx	11/11/2017 13:00:09	ISABELLA LUANNA	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência			DE OLIVEIRA MARTINS	
Outros	PCATool.docx	10/11/2017 15:33:16	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	10/11/2017 15:26:26	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/11/2017 15:26:13	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCfinal.docx	10/11/2017 15:24:27	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/11/2017 12:52:13	ISABELLA LUANNA DE OLIVEIRA MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 19 de dezembro de 2017

Assinado por:

Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro

(Coordenador)

ANEXO 2 – Cálculo dos scores do PCATool versão usuários adultos - Brasil

PCATool versão usuários adultos - Brasil

Ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1º Passo. Inversão dos Valores

Os itens C9, C10, C11, C12 e D14 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:

$A1 = A2 = A3 = 0$, então Grau de Afiliação = 1.

- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:

$A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, então Grau de Afiliação = 2

- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1 = A2$ ou $A1=A3$ ou $A2=A3$ e iguais a SIM, então Grau de afiliação = 3

- Todas as respostas SIM:

$A1 = A2 = A3 = 1$, então Grau de Afiliação = 4

Acesso de Primeiro Contato – O atributo é formado por 2 componentes

Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B):

Itens = B1, B2 e B3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):

Itens = C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12.

Os itens C9, C10, C11 e C12 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores).

Após a inversão dos valores destes 4 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12) / 12$$

Longitudinalidade (D):

Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14.

O item D14 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão dos Valores). Após a inversão do valor deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$$

Coordenação: O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E): Apresenta 8 itens, pois E1 não deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.

Variáveis = E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9) / 8$$

Coordenação - Sistema de Informações (F):

Itens = F1, F2 e F3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes

Serviços Disponíveis (G):

Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22) / 22$$

Serviços Prestados (H):

Variáveis = H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Os itens H12 e H13 não devem ser aplicados para homens, portanto nesse componente o escore deve ser medido sem as somas destes itens quando o entrevistado for do sexo masculino. Para obter o escore deste componente deve-se calculá-lo separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino.

Sexo Feminino (HF):

$$\text{Escore HF} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13$$

Sexo Masculino (HM)

$$\text{Escore HM} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11) / 11$$

Orientação Familiar (I)

Itens = I1, I2 e I3

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$$

Orientação Comunitária (J):

Itens: J1, J2, J3, J4, J5 e J6.

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6$$

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

[escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

Ou Seja: [(Escore obtido – 1) X 10] / 3

Escore Essencial

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação) / número de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) / 8$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) / 8$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes.

Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados + Grau de Afiliação) / número total de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) + (I + J) / 10$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) + (I + J) / 10$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

ANEXO 3 - PCATool – Brasil versão Adultos

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?)

- Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?)

- Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

– Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

– Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 - _____

(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a **Seção B**)

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool- Brasil versão Adulto

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao " <i>nome do médico / enfermeira / local</i> ", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar 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"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar 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"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D11 - O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu " <i>médico/enfermeiro</i> " sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

- Sim
- Não (Passe para a questão F1)
- Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - 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"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - 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"/>
G10 - 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"/>
G11 - 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"/>
G12 - 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"/>
G13 - 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"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - 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"/>
G17 - 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"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - 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"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família 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"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”.

Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- 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"/>
H2 - Segurança no lar, 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"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - 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"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - 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"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar 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"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

9. APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Perguntas norteadoras do grupo focal

1. Para você, como está correndo a implementação do programa de residência médica na unidade? Qual a sua avaliação sobre esta implantação?
2. Na visão da equipe que recebeu o programa de residência, quais foram as vantagens e as desvantagens desse processo?
3. Como é a assiduidade e os horários dos residentes?
4. Na sua opinião, há diferenças entre as unidades com residência e sem residência?
5. Quais os desafios e os aspectos a serem aprimorados no processo de implantação do programa de residência médica em questão?
6. Na sua opinião, qual é a avaliação da população a respeito do programa?
7. Na sua perspectiva, há diferenças entre as duas UBS em sua relação com os demais níveis de atenção à saúde?
8. Há diferença nos procedimentos ou serviços médicos prestados entre as unidades?

APÊNDICE 2 - TCLE para usuários



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis**”.

Desenvolvida por Ana Caroline Ferreira Dutra, Isabella Luanna de Oliveira Martins, Itary Carvalho Silva Leite, Jully Miranda Porto, Paulo Vitor da Cunha Cintra, discentes de Graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor Valter Luiz Moreira de Rezende e co-orientação do Professor Welton Dias Barbosa Vilar.

O objetivo central do estudo é analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde no município de Anápolis.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser usuário dos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde do município de Anápolis-GO, concordando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, como será explicado em seguida.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de questionário ao pesquisador do projeto. O tempo de duração de resposta ao questionário é de, aproximadamente, vinte minutos.

Os dados obtidos pelo questionário serão analisados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores, seu orientador e co-orientador.

Neste projeto, os possíveis riscos serão os incômodos ou constrangimentos em responder perguntas sobre sua vida pessoal, profissional e a percepção dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde. Visando minimizá-los, as entrevistas serão aplicadas em privacidade e você poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou mesmo desistir de responder à entrevista, caso queira. Poderia, ainda, existir o risco de possível exposição de sua identidade. Para tornar tais riscos mínimos, todos os questionários e entrevistas coletadas serão numeradas e arquivadas sob a guarda do pesquisador responsável e dos acadêmicos voluntários. Ao final de cada coleta, serão revisados o número e a pasta de arquivo, desvinculando qualquer informação coletada que caracterize o dado como pertencente a alguém específico.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício direto para você participante constitui-se na orientação a respeito da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica primordial na Atenção Primária. O benefício indireto desta pesquisa consiste principalmente, em avaliar se a implantação da residência em Medicina de Família e Comunidade reflete numa melhor qualificação da APS do município. Ao mudar o modelo atual, a Saúde Pública poderá nortear suas políticas públicas e incentivar a formação de mais especialistas. As dificuldades reveladas nortearão as ações futuras, assim como os aspectos positivos identificados poderão ser fortalecidos.

Esperamos que este estudo traga informações relevantes para a melhoria do curso de Medicina e o aprendizado no contexto da Atenção Primária à Saúde, o que refletirá, no futuro, em melhorias nos serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde da sua cidade. Para tanto os pesquisadores se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato com o (a) pesquisador (a) responsável: Valter Luiz Moreira de Rezende (62) 994894503

Pesquisadores participantes: Ana Caroline Ferreira Dutra (62) 909098231-6525, Isabella Luanna de Oliveira Martins (62) 909098150-4281, Itary Carvalho Silva Leite (62) 909098270-0935, Jully Miranda Porto (62) 909098171-2569, Paulo Vitor da Cunha Cintra (62) 90909968-2586. Caso necessite a ligação poderá ser feita a cobrar.

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (62 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ___ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Telefone - (062) 3310-6736

e-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE 3 - TCLE para Grupo Focal



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis**”.

Desenvolvida por Ana Caroline Ferreira Dutra, Isabella Luanna de Oliveira Martins, Itary Carvalho Silva Leite, Jully Miranda Porto, Paulo Vitor da Cunha Cintra, discentes de Graduação em Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor Valter Luiz Moreira de Rezende e co-orientação do Professor Welton Dias Barbosa Vilar.

O objetivo central do estudo é analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde no município de Anápolis.

O convite a sua participação se deve ao senhor (a) ser gestor do Sistema de saúde de Anápolis ou enfermeiro de Unidade Básica de Saúde do município de Anápolis-GO, concordando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O (a) senhor (a) não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, como será explicado em seguida.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, poderá solicitar aos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em participar de um grupo focal. Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa, dirigida por um mediador capacitado, na qual são realizadas entrevistas grupais com participantes pré-selecionados, que coleta informações por meio de interações baseadas na comunicação e interação. Objetiva reunir informações a respeito de um determinado tópico, nesse caso o impacto da implantação da residência de MFC.

Esse método dura aproximadamente uma hora e obedece a critérios anteriormente determinados pelos pesquisadores, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os dados obtidos pelo grupo focal serão gravados e, posteriormente, analisados e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores, seu orientador e co-orientador.

Eu aceito a gravação da entrevista () sim () não

Neste projeto, os possíveis riscos serão os incômodos ou desconforto pelo tempo gasto durante a discussão focal. Para tanto, o mediador poderá oferecer intervalo (s) caso seja necessário. Poderia, ainda, existir o risco de possível exposição de sua identidade. Para tornar os riscos mínimos, as falas dos entrevistados serão apenas identificadas por números. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício direto para você participante constitui-se na orientação a respeito da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica primordial na Atenção Primária. O benefício indireto desta pesquisa consiste principalmente, em avaliar se a implantação da residência em Medicina de Família e Comunidade reflete numa melhor qualificação da APS do município. Ao mudar o modelo atual, a Saúde Pública poderá nortear suas políticas públicas e incentivar a formação de mais especialistas. As dificuldades reveladas nortearão as ações futuras, assim como os aspectos positivos identificados poderão ser fortalecidos.

Esperamos que este estudo traga informações relevantes para a melhoria do curso de Medicina e o aprendizado no contexto da Atenção Primária à Saúde, o que refletirá, no futuro,

em melhorias nos serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde da cidade de Anápolis. Para tanto os pesquisadores se comprometem em divulgar os resultados obtidos.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato com o (a) pesquisador (a) responsável: Valter Luiz Moreira de Rezende (62) 994894503

Pesquisadores participantes: Ana Caroline Ferreira Dutra (62) 9090 98231-6525, Isabella Luanna de Oliveira Martins (62) 9090 98150-4281, Itary Carvalho Silva Leite (62) 9090 98270-0935, Jully Miranda Porto (62) 9090 98171-2569, Paulo Vitor da Cunha Cintra (62) 9090 9968-2586. Caso necessite a ligação poderá ser feita a cobrar.

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (62 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Telefone - (062) 3310-6736

e-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICE 4 - Carta de Coparticipação



Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “**Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis**” realizada por Ana Caroline Ferreira Dutra, Isabella Luanna de Oliveira Martins, Itary Carvalho Silva Leite, Jully Miranda Porto e Paulo Vitor da Cunha Cintra, telefone de contato (62) 9090 98231-6525, (62) 9090 98150-4281, (62) 9090 98270-0935, (62) 9090 98171-2569 e (62) 9090 99683-2586, matriculados no Curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA, sob a orientação do professor Valter Luiz Moreira de Rezende e co-orientação do professor Welton Dias Barbosa Vilar e, a fim de desenvolver a Tese de Conclusão de Curso (TCC), sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: analisar o impacto da implantação da residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) em Unidades Básicas de Saúde no município de Anápolis, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se aplicar um questionário (PCAtool) aos participantes (médicos e usuários) que responderão voluntariamente e mediante a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, será realizado um grupo focal, guiado pelo docente orientador, com enfermeiros das unidades e gestores responsáveis pelas áreas em questão, mediante concordância dos participantes e assinatura do TCLE. O nome do sujeito participante do questionário e do grupo focal será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Neste projeto, os possíveis riscos aos entrevistados serão os incômodos ou constrangimentos em responder perguntas sobre sua vida pessoal, profissional e a percepção dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde. Visando minimizá-los, as entrevistas serão aplicadas em privacidade e os participantes poderão se recusar a responder qualquer pergunta ou mesmo desistir de responder à entrevista, caso desejem. Poderia, ainda, existir o risco de possível exposição da identidade da pessoa estudada. Para tornar tais riscos mínimos, todos os questionários e entrevistas coletadas serão enumeradas e arquivadas sob a guarda do pesquisador

responsável e dos acadêmicos voluntários. Ao final de cada coleta, serão revisados o número e a pasta de arquivo, desvinculando qualquer informação coletada que caracterize o dado como pertencente a alguém específico. Além disso, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício direto para o participante constitui-se na orientação a respeito da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica primordial na Atenção Primária. O benefício indireto desta pesquisa consiste, principalmente, em avaliar se a implantação da residência em MFC reflete numa melhor qualificação da APS do município. Ao mudar o paradigma vigente, a Saúde Pública poderá nortear suas políticas públicas e incentivar a formação de mais especialistas. As dificuldades reveladas nortearão as ações futuras, assim como os aspectos positivos identificados poderão ser fortalecidos.

É um estudo sem grandes custos, com relevância absoluta, por não constar nenhum estudo prévio na população em questão, que trará, consigo a possibilidade de remodelar a realidade encontrada, através de parcerias futuras com governo.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP 75083-580, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável institucional