



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SÁVIA DENISE SILVA CARLOTTO HERRERA

**RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
PROMOVE MELHORIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE?**

PALMAS – TO
2018

SÁVIA DENISE SILVA CARLOTTO HERRERA

**RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
PROMOVE MELHORIA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE?**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Dr. Neilton Araujo de Oliveira

PALMAS – TO
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

H565r Herrera, Sávia Denise Silva Carlotto.

Residência de Medicina da Família e Comunidade promove melhoria na Atno Básica de Saúde?./ Sávia Denise Silva Carlotto Herrera. – Palmas, TO, 2018.

130 f.

Dissertao (Mestrado Acadmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduao (Mestrado) em Ciências da Saúde, 2018.

Orientador: Neilton Araujo de Oliveira

1. Avaliao em saúde. 2. Residência médica. 3. Medicina de família e comunidade. 4. Gestão em saúde. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reproduo total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violao dos direitos do autor (Lei n 9.610/98)  crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de gerao automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

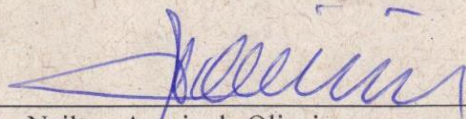
Sávia Denise Silva Carlotto Herrera

RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PROMOVE MELHORIA
NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE?

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Tocantins para a
obtenção do título de Mestre.

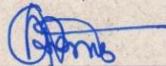
Aprovada em: 10 / 12 / 2018

BANCA EXAMINADORA



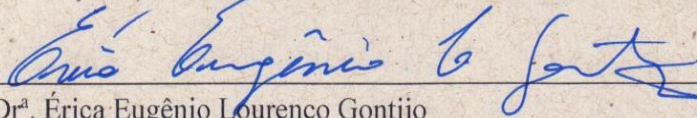
Dr. Neilton Araujo de Oliveira
Orientador

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dr.ª Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes
Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dr.ª Érica Eugênio Lourenço Gontijo
Examinadora Externa

Instituição: Universidade de Gurupi/ UnirG

Dedico este trabalho aos mestres inspiradores, aos meus alunos, aos orientandos residentes, e aos profissionais de saúde voluntários fundamentais para esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jeová Deus pela dádiva da vida e relativa saúde, suficiente para seguir em frente mesmo diante dos obstáculos da vida.

*Aos meus pais que me oportunizaram bons estudos e por sempre acreditarem que sou capaz, ao meu esposo **Marcos Renato Herrera** que supre em parte a necessidade de atenção do nosso filho **Daniel** (todos os dias choramingando “chega de babaiá mamãe, vem bincá”).*

*Agradeço ao meu **Orientador, Prof. Dr. Neilton Araujo de Oliveira**, que nos contagia com tanto otimismo e nos instiga com sua tamanha experiência a sempre solucionar os “problemas”, uma referência em docência de Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde.*

*Agradeço as professoras da Banca de defesa, **Dra. Érica Eugênio Lourenço Gontijo**, e **Dr^a. Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes** pelas zelosas contribuições para este trabalho.*

*Aos meus maiores incentivadores e exemplos em docência, **Prof. Me. Janne Marque Silveira** que mesmo diante dos percalços da vida esteve sempre disposta a ajudar, **Prof. Dra. Nelita G. F.Bessa** que sempre muito focada e atarefada, se prontificou e contribuiu, **Prof. Paula M. Scotta** que esteve comigo desde o início desta jornada de mestrado, em 2008 não concluímos juntas em função da minha luta e de sua mãe contra o câncer, não mediu esforços para estar por perto doando seu carinho em meio a dor da perda maternal, incentivou a continuar e agora amiga você faz parte dessa conquista. E ainda, um agradecimento especial ao **Prof. Dr. Marcos Gontijo da Silva** que me acolheu em vários momentos profissionais em meio aos afazeres do cotidiano familiar, da docência e gestão, de tamanha paciência e atenção, imensurável a sua ajuda, muito obrigada pela amizade, serei eternamente grata!.*

*Aos grandes amigos de COREME, que me inseriram nesse contexto de Saúde da Família e Comunidade por meio da educação médica, **Dr. Vladimir Tamayo Maestre** supervisor do programa, sempre contagiante e agregador, a **Luana Katiucia de Oliveira Medrado** companheira de muito trabalho, sempre disposta ajudar, uma profissional exemplar, aos **médicos preceptores e residentes** do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade da UnirG, além dos integrantes das equipes enfermeiros, técnicos e ACS que aceitaram participar da pesquisa, que sem eles nada seria possível.*

*Aos colegas do Mestrado Profissional de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), em nome das minhas queridas amigas **Florence G. T. Lainscek**, **Rafaela de Carvalho Alves** e **Meirylaine Pereira Bezerra**, com quem passei ótimos momentos!*

A Fundação e Universidade UnirG por propiciar a realização do Minter e à equipe SEMUS Gurupi, por abrir as portas para esta pesquisa.

Meu sinceros agradecimentos!

RESUMO

HERRERA, Sávia Denise Silva Carlotto. **RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PROMOVE MELHORIA NA ATENCAO BÁSICA DE SAÚDE?**. 2018. 130fl. Dissertaao (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-graduaao em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins, Palmas.

Os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade foram implantados em todo o país, e recentemente em Gurupi-TO, com a finalidade de garantir meios de aprendizado e aplicabilidade no âmbito do Sistema nico de Saúde (SUS) e aumentar a quantidade de especialistas médicos em saúde de família e comunidade. O presente trabalho teve por objetivo avaliar o impacto da qualidade do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade na melhoria da Atenao Básica de Saúde, em Gurupi-TO. Esta pesquisa do tipo descritiva, transversal foi realizada no período de dezembro de 2017 a março de 2018, em 12 UBS da rede de Atenao Básica de Saúde do SUS no município de Gurupi-TO, compuseram a amostra 107 servidores de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que responderam ao questionário de avaliaçao e monitoramento de serviços de Atenao Básica QualiAB 2016. Os dados foram analisados por *scores* das UBS que possuem e as que não possuem o PRMSFC e comparados por meio do teste ANOVA no programa Bioestat 5.3. Houve diferença estatisticamente significativa entre as Unidades Básicas de Saúde com e sem Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, os itens que mais contribuíram foram o de Educaçao em Saúde e o de Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos, e os com menores índices os itens Saúde do Adulto e da pessoa Idosa, Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde Bucal, evidenciando a necessidade de serem monitorados e reavaliados frequentemente esses indicadores. Conclui-se que o Programa de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade da Universidade de Gurupi promove melhoria na qualidade dos serviços da Atenao Básica de Saúde realizados nas Unidades Básicas de Saúde, no âmbito municipal.

Palavras-chave: Avaliaçao em saúde. Residência médica. Medicina de família e comunidade. Gestão em saúde. Atenao primária  saúde.

ABSTRACT

HERRERA, Sávia Denise Silva Carlotto. **RESIDENCE OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE PROMOTES IMPROVEMENT IN BASIC HEALTH CARE?**. 2018. 130fl. Dissertation (Masters in Health Sciences) - Graduate Program in Health Sciences Federal University of Tocantins, Palmas.

The Medical Residency Programs in Family and Community Medicine were implemented throughout the country, and recently in Gurupi-TO, with the purpose of guaranteeing learning and applicability within the Unified Health System (SUS) and increasing the amount of medical specialists in family and community health. The objective of this study was to evaluate the impact of the quality of the Residency Program in Family and Community Medicine on the improvement of Basic Health Care in Gurupi-TO. This descriptive, cross-sectional study was carried out between December 2017 and March 2018, in 12 UBS of SUS's Basic Health Care network in the municipality of Gurupi-TO. The sample comprised 107 health workers (doctors, nurses, nursing technicians and community health agents), who answered the questionnaire for evaluation and monitoring of Basic Care services QualiAB 2016. The data were analyzed by scores of the UBS who own and those who do not have the PRMSFC and compared by means of the test ANOVA in the Bioestat program 5.3. There was a statistically significant difference between the Basic Health Units with and without Medical Residency in Family and Community Health, the items that contributed the most were Health Education and the Material Resources, Procedures and Basic Inputs, and those with the lowest Adult and Elderly Health items, Child and Adolescent Health and Oral Health, evidencing the need to be monitored and re-evaluated frequently these indicators. It is concluded that the Medical Residency Program of Family and Community Health of the University of Gurupi promotes improvement in the quality of Primary Health Care services carried out at the Basic Health Units at the municipal level.

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

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Número e tipo de servidores integrantes da amostra em UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	31
Figura 1: Análise geral dos <i>scores</i> das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	40
Figura 2: Análise da Dimensão Gestão e Gerenciamento local das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	41
Figura 3: Análise dos Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	43
Tabela 2. Indicadores relativos ao Domínio Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos, segundo número da questão ou alternativa correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	43
Figura 4: Análise do Domínio Informação, planejamento e avaliação das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	45
Tabela 3. Quesitos do Domínio Informação, planejamento e avaliação, segundo questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	46
Figura 5: Análise do Domínio Coordenação do Trabalho das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	47
Tabela 4. Itens do Domínio Coordenação do Trabalho, segundo número da questão e quesitos correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	48
Figura 6: Análise da Dimensão Gestão da atenção à saúde das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	51
Figura 7: Análise do Domínio Educação em Saúde das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	52
Tabela 5. Quesitos relativos ao Domínio Educação em Saúde, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	53
Figura 8: Análise do Domínio Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	54
Tabela 6. Quesitos relativos ao Domínio Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	54
Figura 9: Análise da Subdimensão Saúde da Mulher das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	56
Tabela 7. Quesitos relativos à Subdimensão Saúde da Mulher, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	57
Figura 10: Análise do Subdomínio Saúde da Criança e do Adolescente das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	58
Tabela 8. Quesitos relativos à Subdimensão Saúde da Criança e do Adolescente, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO,	

2018.....	59
Figura 11: Análise do Subdomínio Saúde do adulto e da pessoa idosa das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	61
Tabela 9. Quesitos relativos à Subdimensão Saúde do adulto e da pessoa idosa, segundo número da questão correspondente nas UBSs com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	62
Figura 12: Análise da Sub Dimensão Saúde Bucal das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	63
Tabela 10. Indicadores relativos ao Subdomínio Saúde Bucal, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.....	64

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Relação das UBS do município de Gurupi-TO. 2018 - Tipo, nome, endereço, número de equipes e número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).....29
- Quadro 2.** Itens de análise de Dimensões, Domínios e Subdimensões, com número de quesitos correspondentes a cada um no QualiAB 2016.....33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ABS – Atenção Básica de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEREN – Comissão Estadual de Residência Médica
CF – Constituição Federal
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREME – Comissão de Residência Médica
DEMAS – Departamento de Monitoramento e Avaliação em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
MEC – Ministério da Educação
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ – Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PRMSFC – Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RM – Residência Médica
RMSFC – Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade
SEMUS – Secretaria municipal de Saúde
SES SP – Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCNRM – Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFT – Universidade Federal do Tocantins
UNIRG – Universidade de Gurupi

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	17
1.1.2 A Estratégia de Saúde da Família	19
1.1.3 Política Nacional de Atenção Básica	21
1.2 RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	22
1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	24
2 OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL.....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 METODOLOGIA	29
3.1 LOCAL DA PESQUISA	29
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	30
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
3.4 ASPECTO ÉTICO.....	31
3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
3.6 RISCOS/ BENEFÍCIOS	35
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM GURUPI-TO	36
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	38
4.3 ASPECTO GLOBAL DO QUESTIONÁRIO QUALIAB EM UBS COM E SEM RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	40
4.4 DIMENSÃO: GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL	41
4.4.1 Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos básicos	42
4.4.2 Informação Planejamento e Avaliação	45
4.4.3 Coordenação do Trabalho	47
4.4.3.1 Gestão da unidade	48
4.4.3.2 Qualificação Profissional.....	49
4.4.3.3 Organização do Fluxo Assistencial.....	50

4.5 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	50
4.5.1 Educação em Saúde	52
4.5.2 Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social	53
4.5.3 Seguimento Programático	55
4.5.3.1 Saúde da Mulher.....	56
4.5.3.2 Saúde da Criança e do Adolescente.....	58
4.5.3.3 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa.....	60
4.5.3.4 Saúde Bucal.....	63
5 CONCLUSÃO	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO SEMUS	73
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
APÊNDICE C - PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E TÉCNICAS DURANTE O MESTRADO	75
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS (CEP)	76
ANEXO B – QUESTIONÁRIO QUALIAB	80
ANEXO C – TRABALHO TÉCNICO	125
ANEXO D – ARTIGOS PUBLICADOS	127
ANEXO E – PROJETO COM CAPTAÇÃO DE RECURSOS	128
ANEXO F – APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS EM CONGRESSO	129
ANEXO G – ARTIGOS SUBMETIDOS	126

1. INTRODUÇÃO

Saúde é um processo complexo, com conceitos ampliados, e definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OPAS, 2018). No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a Constituição Federal (CF) de 1988 transforma a saúde em direito de cidadania e origina o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A “Atenção Básica de Saúde” (ABS) ou “Atenção Primária à Saúde” (APS) como também é conhecida mundialmente, é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada como o pilar de estruturação do sistema nacional de saúde e visa o atendimento prioritário, ampliando o acesso e avançando no processo de universalização dos serviços de saúde, melhorando a resolubilidade (BRASIL, 2017).

Neste contexto, em 2013 foi instituída a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) incentivando a expansão dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) no Brasil (BRASIL, 2013). Assim, estes programas foram formulados com o objetivo de formar médicos qualificados na área clínica, com conhecimentos e habilidades em prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes e ainda, com o propósito de implantar medidas que promova a rotina organizacional e aplicabilidade, dos programas de saúde, proporcionando maior resolubilidade dos problemas de saúde. Tanto que, segundo a Política do SUS a Residência em Medicina de Família e Comunidade visa atender aos princípios da universalidade, efetividade e resolubilidade dos problemas em saúde da população (BRASIL, 2016).

Da mesma forma, estes programas também contribuem para o aumento do quantitativo de médicos especialistas atuando com qualidade no âmbito da atenção básica (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009), que é referida como carente de profissionais, principalmente na região Norte do País.

A implementação deste programa no Estado do Tocantins é recente e conta apenas com três programas ativos, sendo um destes implantados em Gurupi no ano de 2016, único na região Sul do Tocantins e ofertado pela Universidade de Gurupi (UNIRG) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi-TO (SEMUS).

Localizado no sul do Estado do Tocantins, o município de Gurupi possui uma população estimada em 85.737 habitantes, e área de 1.836,087 km² (IBGE, 2018). Essa destaca-se no cenário estadual como um polo de ensino superior, tanto pela capacidade de formação profissional com expressiva contribuição da Universidade de Gurupi (UNIRG), Universidade Federal do Tocantins (UFT), e do Instituto Federal do Tocantins (IFTO), quanto pelo forte desenvolvimento econômico que classifica a localidade como o terceiro Produto Interno Bruto (PIB) em importância estadual (TERRA, 2012).

A UNIRG oferta 16 cursos, sendo 7 (sete) deles na área da saúde (Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Odontologia, Educação Física, Farmácia e Psicologia), estes realizam estágios como forma de treinamento em serviços, possíveis por meio de convênios com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Foi então propício à essa instituição de ensino a abertura de um Programa de Residência Médica como forma de continuidade de ensino na área médica.

A implementação da RMSFC no município de Gurupi em 2016, foi promovida pela SEMUS, a pedido da supervisão do Programa, houve uma readequação das equipes técnicas e uma estruturação física dos ambientes das unidades básicas de saúde receptoras, como também, uma padronização da rotina de trabalho focada na aplicação de políticas públicas atuais da atenção básica com o propósito, além de formar médicos, melhorar a qualidade dos serviços de saúde das unidades de implantação.

Por sua vez, o processo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde ainda encontra-se incipiente, em permanente construção conceitual e metodológica sendo fundamental para reforçar os pontos positivos e de sucesso, bem como repensar pontos que não estejam atendendo aos preceitos do SUS.

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

É certo que a avaliação em saúde no Brasil é um campo ainda em ascensão, ocorrendo principalmente após a Constituição de 1988 e como resultado das iniciativas recentes em políticas públicas. Esta prática de avaliação em saúde tem sido importante para melhorar e fortalecer seus arranjos institucionais, e tem sido estimuladas principalmente por instituições vinculadas ao SUS (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; CRUMPTON, et al., 2016).

Assim, em função da abrangência do desafio colocado na busca de melhoria dos indicadores do SUS, este trabalho é oportuno pelo fato de constatar e avaliar o padrão de qualidade dos serviços prestados pela ABS, possibilitando aos gestores e formuladores da política de saúde, ampliar a discussão sobre a formação do médico residente, essencialmente para os serviços do sistema público de saúde.

A questão então colocada, neste trabalho pode ser sintetizada na seguinte pergunta: O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade promove melhoria na qualidade da atenção básica de Saúde?

1.1 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE /ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A “Atenção Básica de Saúde” ou “Atenção Primária à Saúde” termos equivalentes no Brasil, encontram-se em evidência, principalmente em função do crescente movimento mundial por mais investimentos na atenção primária, quando, num processo de avaliação de 40 anos da Conferência de Alma-Ata, realizou-se de 25 a 26 de outubro de 2018 em Astana, no Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, onde líderes mundiais se comprometeram, através da Declaração de Astana, em fortalecer seus sistemas de atenção primária de saúde como um passo primordial para alcançar a cobertura universal de saúde, mais uma vez reafirmando a consagrada Declaração de Alma-Ata de 1978 (ONU, 2018).

A declaração, resultante da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, parte do princípio de uma atenção primária baseada em três componentes fundamentais: acesso universal, indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social e participação social, componentes estes, utilizados pelo SUS em suas diretrizes, garantindo o direito a saúde (GIOVANELLA, 2018).

O sistema de saúde brasileiro, criado embasado na Constituição Federal de 1988 sob a premissa de que a “Saúde é um direito de todos e dever do estado”, vem buscando fornecer à população serviços de saúde desde a atenção primária com cuidados simples, até os cuidados mais complexos, de forma gratuita, universal e integral, especialmente na Atenção Básica de Saúde, onde, profissionais de saúde interagem com usuários, conhecendo sua realidade e melhorando as condições de saúde da população local, através de atividades de promoção e prevenção a saúde (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010; BRASIL, 2018).

Sabe-se que a utilização do termo “Atenção Básica de Saúde”, tem essência do Movimento Sanitário Brasileiro, que buscou diferenciar-se ideologicamente do conceito simplista de atenção à saúde, visando construir uma concepção de cidadania ampliada e um sistema público universal, mesmo que alguns autores afirmam que, quando adotado o termo “Atenção Primária”, os seus benefícios e qualidades são reconhecidos internacionalmente, e que esta deve ser fortalecida, pois ambos os termos correspondem a garantia do direito à saúde (GIOVANELLA, 2018).

O termo “Atenção Básica de Saúde” é utilizado pelo Ministério da Saúde devida à necessidade de diferenciar a proposta da “Saúde da Família” da proposta dos “Cuidados Primários de Saúde”, mais ligados a uma lógica de focalização e de atenção primitiva à saúde,

sendo assim a nomenclatura Atenção Básica de Saúde adotada para definir a APS no país, tendo como sua estratégia principal de atuação na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2007).

A ABS caracteriza-se como porta de entrada do SUS, que oferece à população o auxílio aos seus problemas e necessidades de saúde, responsável por coordenar e ordenar o cuidado, e contribuir na organização da atenção integral à saúde sintetizada na proteção, promoção e recuperação da saúde (SILVA; MOTTA, 2015).

Seus princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social, orientam os serviços de saúde, portanto para assegurar à população, de forma individual e coletiva, a promoção e a proteção da saúde, prevenir agravos, prover diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como a redução de danos, objetivando o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde das coletividades. Desenvolve-se a partir das práticas de cuidado e gestão, de forma democrática e participativa, através do trabalho em equipe que é direcionada a uma população de determinada área. É através dessas ações que os profissionais envolvidos compreendem melhor o processo de saúde-doença e, assim, formar vínculo com o usuário. Então, o desenvolvimento da AB parte do mais alto grau de descentralização e capilaridade, tornando-se próximo da vida da população (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010; BRASIL, 2012).

Dados do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 71,1% da população brasileira recorrem à assistência de serviços públicos de saúde e deste total, 47,9% frequentam as Unidades Básicas de Saúde, tornando-se o principal acesso para os serviços do SUS (BRASIL, 2015).

Através do relacionamento com a população, os servidores que integram a atenção primária promovem um conjunto grande de ações dentre as quais, o controle de doenças crônicas, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, eliminação da hanseníase, redução da desnutrição infantil e auxiliar na qualidade da saúde da criança, do idoso, da mulher e do homem (SILVA; MOTTA, 2015).

No entanto, ao longo dos anos, os atendimentos médicos vem se transformando em um ato prescritivo, resumindo o atendimento em apenas profissional-usuário, algo mecânico ocasionado pela evolução de máquinas, instrumentos, medicações modernas e a evolução dos métodos diagnósticos e terapêuticos, tornando-se uma assistência desenvolvida por profissionais de uma visão biologicista do processo saúde-doença, hospitalocêntrica e voltada diretamente para ações curativas (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

É de conhecimento científico internacional que o sistema de saúde baseado na APS

forte proporciona eficiência, menores custos, maior qualidade de atendimento e em consequência, melhores resultados se comparados a outros modelos Assim, o relatório realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde em conjunto com Organização Mundial da Saúde, enfatizou a importância de expandir e consolidar uma APS forte, com a integração dos sistemas de vigilância em saúde através da ordenação da RAS (OPAS, 2018).

Para isso a Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, dispõe sobre Padrão Essencial e Padrão Ampliado, que são as ações em que todas as equipes de saúde, que atuam na ABS devem garantir e fornecer atenção de qualidade às demandas populacionais de cada localidade, e através disso é possível uma atenção básica de qualidade de forma igualitária a todos os cidadãos (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Desde o nascimento do SUS e seu respectivo processo de descentralização, a implementação da ABS tornou-se responsabilidade, principalmente, dos gestores municipais (SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015). E, o município de Gurupi, a SEMUS, possui dois departamentos específicos de saúde, a Direção de ABS e a Coordenação de ABS, ambos responsáveis pela implementação, fiscalização e avaliação das ações.

1.1.1 Estratégia Saúde da Família

Já está consagrado o entendimento de que o trabalho desenvolvido na ESF é o grande responsável por melhoria nos indicadores de saúde do país, operando as diretrizes e princípios do SUS, com impacto positivo nas condições de saúde da população (LIMA et al., 2016).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, a ABS tornou-se parte central no SUS, ficando reconhecido em âmbito nacional e internacional justamente devido a expansão da ESF e ainda o reforço por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) desde 2013. Entre os anos de 2008 e 2014, houve crescimento substancial do número de equipes, passando de 29.300 para 39.228, um aumento de 33,9% no número de equipes e 62,5% na cobertura populacional (BRASIL, 2016).

Por constituir a porta de entrada do SUS, o seu papel de primeiro contato, é fundamental na extensão e coordenação do cuidado, operando para a estruturação das redes de atenção, oferecendo suporte nos serviços de diagnóstico, assistência hospitalar e especializada. Funciona através do trabalho em equipe, que é composta por médicos, enfermeiros e auxiliares, e agentes comunitários de saúde, além de servidores especializados em saúde bucal. As equipes trabalham em áreas geográficas definidas, integrando 4.000 pessoas para cada equipe, com a

média recomendada de 3.000 pessoas, sendo capaz de diminuir esse número de acordo com a vulnerabilidade e risco da população coberta (MALTA et al., 2016).

Formada a partir da firme adoção da saúde da família pelo Ministério da Saúde, através da criação de um programa em 1994, por meio de convênios com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), abrangendo os pequenos municípios nas regiões Nordeste e Sudeste, tornou-se uma estratégia, de fato, no ano de 2003 como eixo estruturante do SUS (CECILIO; REIS, 2018).

O projeto foi embasado nos princípios da APS os quais foram formulados na Conferência de Alma Ata em 1978, com idéias iniciais fundamentadas na criação do SUS. Ao longo dos anos, concepções ideológicas e atores sociais foram os pilares para a construção e implantação da ESF, assumida pela PNAB com uma vasta trajetória de formulações e reformulações para a melhoria da saúde (SORATTO et al., 2015).

É de fato reconhecida por ser capaz de orientar e organizar o sistema de saúde, para assim buscar respostas às necessidades de saúde da população, e contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente. Os princípios norteadores que regem a ESF baseiam-se no desenvolvimento das práticas de saúde, com seu foco na pessoa/família, vínculo com o usuário e sua participação social, coordenação e integralidade da atenção, atuação intersetorial e articulação com a rede assistencial. A ESF é considerada modelo para a atenção à saúde, isto é, organiza ações de saúde com o intuito de intervir nas necessidades e problemas de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

E cabe a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS (BRASIL, 2017).

No município de Gurupi, são 12 UBS na zona urbana com 20 equipes de saúde da família implantadas (BRASIL, 2018) e uma unidade básica tradicional para atender a unidade rural, as quais abrangem em sua totalidade mais de 69.000 pessoas. Já possui uma nova equipe aprovada pelo Ministério da Saúde, em fase de implantação. No ano da implantação da RMSFC em Gurupi o município dispunha de apenas 2 (dois) médicos especialistas em Saúde da Família e Comunidade, ao término dos 2 anos da implantação RMSFC em março de 2018, eram 7 (sete) profissionais, sendo que apenas 01 (um) não integrava equipes com residência médica.

1.1.2 Política Nacional de Atenção Básica de Saúde

Atualmente grandes discussões estão sendo realizadas tendo como alvo a reformulação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Por um lado, na Tripartites, gestores que defendem a reformulação para dar mais liberdade dos usuários frequentarem unidades de saúde sem estar atrelado ao seu endereço, implantação do prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde e apoio aos gestores locais para assegurar a composição básica profissional da ESF (PORTAL BRASIL, 2017). Por outro lado, autores afirmam que essa reformulação pode ameaçar a expansão da ABS, já que deixa de dar prioridade ao modelo assistencial outrora estabelecido na ESF no contexto do SUS, e com a inevitável insuficiência do atendimento, o que já é constatado no cenário atual (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015; ABRASCO, 2017).

A PNAB foi criada com o advento das novas formas de atendimento centradas no bem-estar da população, que resulta da experiência já vivida em conjunto aos responsáveis historicamente por desenvolver e consolidar o SUS, compondo-se de usuários, gestores das três esferas de governo, trabalhadores e principalmente as ações dos movimentos sociais (BRASIL, 2012). Aprovada pela portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, que reestabeleceu as diretrizes e normas afim de organizar a ABS, a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tinham como objetivo instaurar e propagar ações de “prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos” (SILVA; MOTTA, 2015, p.18).

Alguns anos se passaram e, em 2011, a PNAB foi revisada com o intuito de preservar a centralidade da ESF e consolidar uma atenção primária forte, com a capacidade de prover cuidados integrais, promover a saúde, estender a cobertura dos serviços de saúde, e tornar-se a entrada principal do usuário no SUS, além de ser o eixo coordenador do cuidado e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O processo envolveu ações e mobilizações de instituições e sociedade com o objetivo de responder aos desafios para a formação de trabalhadores, organização do processo de trabalho, compreender o território, conhecer a população que ali reside, aumentando interações sociais e estreitando relações com entes federados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em 2017, a PNAB passou por mais uma reformulação e isso foi realizado devido às mudanças políticas que aconteceram no ano anterior. As alterações, de acordo com o Ministério da Saúde, foram realizadas visando à melhoria da assistência, ampliação dos atendimentos e reforço da equipe multidisciplinar.

Na nova PNAB é observado a relação da carga horária de trabalho, onde não serão exigidas 40 horas semanais para um único profissional. Será possível a rotatividade de 4 médicos na unidade e este fator se torna prejudicial à comunidade, já que o vínculo entre a equipe e a comunidade será prejudicado, tornando comprometida as necessidades e a qualidade

do atendimento em saúde (BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017).

1.2 RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Não há dúvidas de que existe consenso de que programas de residência, bem como programas de formação de preceptores possuem forte influência estratégica na formação de profissionais qualificados para atuação no Sistema Único de Saúde (MARINHO, 2018; ROSSONI, 2015).

A definição de residência é dada como modalidade de ensino de pós graduação destinada à formação e treinamento de médicos, conferindo a titulação de especialistas em determinada área de atuação. Funciona através de instituições de saúde, universitárias ou não, mediante a preceptorial de médicos de alta qualificação profissional e ética. Em sua conclusão, o médico residente recebe o título de especialista na área de escolha, o qual é reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1977).

O início dos programas de Residência Médica se deu nos Estados Unidos da América em 1889, no Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins. No Brasil, o primeiro programa iniciou-se entre os anos de 1944 e 1945, no Hospital das Clínicas da FMUSP, mais precisamente com a especialidade de ortopedia. Com o passar dos anos várias especialidades foram inseridas ao programa, e com a preocupação para que fossem organizadas a carga horária, atribuições e remuneração aos residentes, foi instituída a sua regulamentação através do Decreto Nº 80.281 de 1977. A partir dessa regulamentação, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, a qual é ligada ao MEC, responsável por definir, regulamentar e acompanhar o cumprimento das normas gerais dos programas de residência (TEIXEIRA, 2009).

Em 1976, foram criadas as primeiras experiências relacionadas aos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC). A especialidade do médico da família e comunidade compõe uma ampla base de clínica geral, comunitária e familiar para sustentar os sistemas de saúde. O médico da família amplia a atenção ao binômio saúde-doença através do agrupamento de fenômenos psicológicos, sociais e biológicos dos grupos populacionais. O médico da família é capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde, fortalecendo o vínculo com o paciente e a família e nos casos críticos é capaz de gerenciar a situação clínica ao longo da rede, para acompanhar a condição geral de saúde, bem como o contexto do usuário (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). Em 15 de setembro de 2011, foi definida através do decreto nº 7.562 a Comissão Nacional de Residência Médica

(CNRM) com a função de regular, supervisionar e avaliar as instituições que fornecem programas de residência médica. Estão subordinadas a ela a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e a Comissão de Residência Médica (COREME) que é local, e que foram instituídas através da Resolução da CNRM nº2 de 03 de julho de 2013 (ZAMBON, 2015).

Diante da importância da APS na organização da atenção à saúde populacional, foi questionado se o profissional de fato teria perfil para atuar com qualidade nas unidades de saúde, já que a maioria dos cursos de graduação concentram os acadêmicos, principalmente os de Medicina, a ambientes hospitalares. Neste caso, o Ministério da Saúde propôs através dos Polos de Educação Permanente, o incentivo a especialização em saúde da família, que anteriormente eram completamente teóricos, deixando os médicos longe da realidade, sem condições de obter melhora significativa nos modelos de assistência à saúde. Assim, para a reversão do modelo assistencial que era basicamente focado na doença, e sem vínculos com a população assistida, foi proposto os programas de residências multiprofissionais em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade para qualificar os profissionais que trabalham no PSF e realizar a mudança nas práticas médicas (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Diante disso, foi instituída a Estratégia das Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da portaria nº 1.248, de 24 de Junho de 2013, incentivando a formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Medicina da Família e Comunidade (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a CNRM, através da Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015 regulamentou os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, a qual em seu artigo segundo confirma a equivalência das especialidades que utilizam os termos Medicina Geral de Família e Comunidade e a Medicina de Família e Comunidade, e expõe os objetivos gerais do programa; dentre tantos outros, o dever de atuar de forma qualificada, focada no cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos, assim como competências com aspectos multiprofissionais e interdisciplinares, de forma a prepará-lo para assegurar atenção integral e de qualidade às pessoas (BRASIL, 2015).

No entanto, o reconhecimento da especialidade não tem o mesmo prestígio como em países da América do Norte e Europa, pois, existe no Brasil, um discurso de que os médicos da família não possuem qualificação e potencial para atender as necessidades da população. Entretanto, para a população, o médico de família é o médico de referência para qualquer problema de saúde, possuindo uma melhor capacidade de identificar múltiplas doenças em um

único paciente, bem como doenças que tendem a cronicidade, consolidando o médico da APS como base estruturante do sistema de saúde (JUSTINO, OLIVER; MELO, 2016).

O programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade em Gurupi-TO, foi inicialmente ofertado pela Secretaria Municipal de saúde em 2014, porém uma série de problemas organizacionais fizeram com que não houvessem candidatos para às vagas. Assim, a Universidade de Gurupi (UNIRG) assumiu a responsabilidade pelo programa em parceria com a SEMUS e teve seu credenciamento provisório autorizado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Ministério da Educação (MEC), por meio do Parecer SISCNRM Nº 1199/2015 de 21 de janeiro de 2016, ofertando então 4 vagas para R1 e 4 vagas para R2, totalizando 8 vagas para 2016, e em março de 2018, formou sua primeira turma com 4 novos especialistas em Saúde da Família e Comunidade.

Uma série de incentivos foram viabilizados para atrair candidatos, como divulgação principalmente entre os formandos em Medicina no Tocantins, alinhamento junto ao internato do Curso de Medicina da UNIRG, onde os acadêmicos cumprem sua carga curricular de saúde da família e comunidade em UBS com residência, melhorando e preparando o acadêmico para esta nova realidade. Além de readequações técnicas, de estrutura física por parte da SEMUS, padronização de rotinas com o propósito de formar médicos, melhorar a qualidade dos serviços de saúde das unidades de implantação.

Atualmente conta com credenciamento de 5 anos, de acordo com o parecer SISCNRM n. 254/2018, processo n. 2017-745, aprovado em 21 de fevereiro de 2018 pela Comissão Nacional de Residência Médica.

1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliação em saúde é uma prática crescente e cada vez mais reconhecida como valiosa, embora ainda seja vista predominantemente como censura, sendo apontada como punitiva, e não como um instrumento vital ao processo de gestão e para tomada de decisões (BRASIL, S/D).

No Brasil, o incentivo à avaliação da qualidade dos serviços da APS contribui para a melhoria dos serviços e a expansão da atenção ao cuidado. Avaliar é de relevância para investigar as políticas e práticas, e isto é reconhecido em nível internacional, pois através de documentos, diretrizes e publicações científicas é possível produzir um impacto maior nos Sistemas de Saúde que estão diretamente ligados a APS (CASTANHEIRA et al., 2011).

São inúmeras as definições para avaliação, mas de forma simples e concreta, define-se como um julgamento de valor acerca de uma intervenção, objetivando a tomada de decisões, podendo ser avaliação normativa: quando aplicado através de critérios e normas, ou pesquisa avaliativa: através de procedimentos científicos. Dentro do processo avaliativo, os objetivos são identificados como: a) objetivo estratégico: para auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; b) objetivo formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; c) objetivo somativo: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; d) objetivo fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (HARTZ, 1997).

A avaliação da qualidade, no modelo denominado Tríade de Donabedian é realizada a partir da utilização de três indicadores representativos principais: Estrutura, Processo e Resultado. A avaliação da Estrutura ocorre a nível institucional acerca da organização administrativa da instituição, descrição das características das instalações, equipe médica disponível, perfil e experiência dos profissionais envolvidos, e a adequação com as normas vigentes (DONABEDIAN, 1993).

A análise do Processo tem como referência o indivíduo e a população, onde descreve-se sobre atividades prestadas na assistência, a competência médica, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento, e esta pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta ou de registros médicos, já a avaliação do Resultado verificam-se as modificações, do conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, assim como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO et al., 2006).

Nesse contexto, foram construídos padrões de qualidade considerando refletir os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, os objetivos e as diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), promover reflexões sobre as responsabilidades quanto à forma de organização, de trabalho da gestão municipal e equipes de ABS, com intuito de promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos e, ainda, estimular a mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços devido às necessidades e à satisfação dos usuários (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação em Saúde (DEMAS), propôs um Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS composto por programas de avaliação complementares, de forma a produzir informações necessárias e

estratégicas para o desenvolvimento e qualificação do SUS, com destaque para:

a) Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS): avalia o desempenho com 24 indicadores distribuídos na ABS, atenção ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência, com cinco índices (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

b) Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS): objetiva avaliar estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, ligados ao recebimento de recursos financeiros advindos de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde. São avaliadas as dimensões Estrutura, Processo, Resultado, Produção do cuidado, Gerenciamento de risco e Satisfação dos usuários (BRASIL, 2015).

c) Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): ferramenta utilizada para incentivar gestores e equipes no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde que são ofertados aos usuários. É um conjunto de estratégias para qualificar, acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de saúde. Quanto melhor o padrão de qualidade, maior é o recurso para repasse. Foi implementado em 2011 e em 2015 iniciou seu terceiro ciclo com a inclusão das equipes de saúde da APS em conformidade com a PNAB (BRASIL, 2015).

d) Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e satisfação dos usuários (Carta-SUS).

São também ferramentas de avaliação os instrumentos de gestão, Plano de Saúde, Programação de Saúde e Relatório Anual de Gestão, que representam a espinha dorsal do processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras. Assim, precisam ser elaborados de forma articulada e integrada. Eles precisam, ainda, prever processos de monitoramento e avaliação para garantir o alcance dos objetivos planejados (OLIVEIRA; REIS, 2016).

No processo de gestão, o papel da avaliação é fornecer ao gestor conhecimento necessário para a tomada de decisão, para assim aumentar a eficiência, eficácia e efetividade das atividades que são desenvolvidas nos serviços ou organizações de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012).

No entanto, se faz necessário ficar atento quanto às fraudes relacionadas a uma avaliação. Muitas unidades podem utilizar o método avaliativo como uma forma de obter mais recursos, mas com dados que fogem a realidade. Falta de impessoalidade e transparência são dois requisitos para burlar a lei e se aproveitar dos benefícios ofertados pelo SUS (ZERMIANI, 2017).

Assim, visando atender todos os tipos de serviços da ABS, o Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB, cuja abordagem considera todas as configurações de serviços existentes, incluindo os organizados como ESF, como UBS, e por outros diferentes

arranjos, foi desenvolvido e validado entre 2006/2007, em 3 Regionais de Saúde do Estado de SP (PPSUS), e foi aplicado novamente em 2010, em parceria com a SES SP (2.735 serviços). Foi atualizado e validado em amostra nacional por projeto financiado pelo CNPq, concluído em janeiro de 2016 (ZARILI, 2015; CASTANHEIRA et al., 2014).

Este instrumento define um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que procuram abarcar as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência do conjunto de atividades e programas sob responsabilidade da ABS. A avaliação tem por finalidade favorecer o debate sobre os processos de trabalho instituídos em cada local, de modo a permitir tanto a identificação de qualidades como de obstáculos a superar, assim como uma reflexão crítica sobre os padrões de qualidade adotados, de modo a incrementar a qualidade dos serviços de ABS, bem como do próprio sistema de avaliação (CASTANHEIRA, 2016).

Muito embora o Estado do Tocantins tenha uma das mais altas coberturas de ABS do país, segundo a Secretaria de Saúde do Estado, o fortalecimento da ABS no Tocantins possui como desafios a necessidade de qualificação, apoio institucional, monitoramento e avaliação da estratégia, objetivando não apenas ampliar as equipes, mas dar qualidade às ações e serviços de assistência e promoção da saúde às famílias tocantinenses, sobretudo escassez de estudos e pesquisas que envolvam avaliação do impacto de Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade na qualidade da ABS, o que confere valor estratégico ao presente trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o impacto do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade na melhoria da Atenção Básica de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

3 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa do tipo descritiva e transversal com observação participante. A pesquisa descritiva é definida como aquela que “observa, registra, analisa e correlaciona fenômenos variáveis sem manuseá-los, de forma que procura identificar, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

A pesquisa transversal é atualmente um tipo de estudo mais empregado, no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico (BORDALO, 2006). Já a observação participante, o observador participa ativamente nas atividades de recolha de dados, e requer a capacidade do investigador se adaptar à situação (MÓNICO et al., 2017).

3.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básica de Saúde localizadas na zona urbana do município de Gurupi-TO (Quadro 1).

Quadro 1. Relação das UBS do município de Gurupi-TO. 2018 - Tipo, nome, endereço, número de equipes e número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Tipo	Nome/ Endereço	Número de equipes	Endereço	CNES
UBS com RMSFC	Vila Iris	02	Rua 48 sem número, Malvinas	2546418
	João Manoel dos Santos	03	Rua 6, entre avenidas Rio de Janeiro e Espírito Santo, Centro	7023138
	Sevilha	03	Av. Rio Branco n° 385, Alto dos Buritis	2546450
	Ulisses Guimarães (Pedroso)	02	Rua K Padrão n° 16137-A, Setor Pedroso	2546434
UBS sem RMSFC	Vila Nova	02	Rua 03, Aeroporto II	2546469
	São José	01	Rua Alicante, quadra 18, lote 10, Sevilha	2546485
	Sol Nascente	01	Rua Sergipe, n° 1645, Jardim Eldorado	2546426
	Parque das Acácias	01	Rua A07, quadra 08, lote 06 s/n°, Parque das Acácias	2546507
	UnirG	01	Av. Bahia n° 226, Centro	3545520
	Casego	02	Av. Rio Grande do Norte n° 3350, Casego	2546396
	Waldir Lins	01	Rua 08, quadra 53, lote 15, Waldir Lins	2546477
	Bela Vista	01	Rua 10, quadra 20, lote 03, Bela Vista	6646271
TOTAL		20		

Fonte: CNES/ DATASUS, 2018. Elaboração própria, 2018.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa servidores médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde - ACS, de ambos os sexos, sem limite de idade lotados em uma das 12 UBS localizadas na zona urbana de Gurupi-TO, conforme lista emitida pelos Recursos Humanos da SEMUS.

Como fator de exclusão, foram considerados, indivíduos que responderam os questionários de forma incompleta, com mais de 10% de questões não respondidas. Não fez parte do estudo a UBS da zona rural por não ter equipe fixa de trabalho, nem as unidades com implantação menor que 06 (seis) meses.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O relatório do Recursos Humanos da SEMUS/Gurupi-TO emitido para esta pesquisa, mostrava 224 servidores relacionados e distribuídos nas 12 UBS estudadas. Calculou-se a amostra necessária com calculadora online disponível em: <https://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/>, utilizando a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Adotou-se heterogeneidade de 50%, margem de erro de 10% e nível de confiança de 99%. O 'n' amostral necessário é de 96 sujeitos para representar a população do estudo. Como responderam ao questionário QualiAB 2016, 132 voluntários, excluindo-se 25 por estarem incompletos, a amostra restou constituída por 107 sujeitos (n=107), portanto superior ao estabelecido (96) como amostra necessária.

Na amostra de 107 servidores de saúde, 13 eram Médicos, 15 Enfermeiros, 09 (nove) Técnicos de enfermagem e 70 ACS. As perdas desta pesquisa na coleta de dados consistiram de: funcionários que recusaram participar do estudo, estavam em férias, licença saúde, licença-maternidade, transferências de servidores para setores não incluídos no estudo, ou demissões. Eram de UBS com RMSFC 61 servidores e 46 de UBS sem RMSFC (Tabela 1).

Tabela 1: Número e tipo de servidores integrantes da amostra em UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Categoria do Servidor	UBS COM RMSFC			UBS SEM RMSFC			n. total por categoria	% total por categoria
	Servidores	n.	%	Servidores	n.	%		
Médico	10	6	9.85%	09	7	15.22%	13	12.15%
Enfermeiro	10	7	11.47%	10	8	17.39%	15	14.02%
Técnico de Enfermagem	11	3	4.91%	10	6	13.04%	9	8.41%
ACS*	70	45	73.77%	94	25	54.35%	70	65,42%
	101	61	100%	123	46		107	100%

Legenda: *ACS: Agente Comunitário de Saúde

3.4 ASPECTO ÉTICO

Esta pesquisa foi autorizada pela SEMUS/Gurupi-TO (APÊNDICE A) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Gurupi (UNIRG), sob o parecer n. 2.255.519/2017 (ANEXO A), obedecendo rigorosamente à Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2017 a março de 2018, utilizando o instrumento de avaliação e monitoramento de serviços de ABS QualiAB 2016 (ANEXO B).

O Sistema de Monitoramento e Avaliação QualiAB foi desenvolvido e validado entre 2006/2007, em 3 Regionais de Saúde do Estado de SP (PPSUS), e replicado em 2010 em parceria com a SES-SP (2735 serviços) (CASTANHEIRA, 2011; 2014; ZARILI, 2015). Foi atualizado e validado em amostra nacional por projeto financiado pelo CNPq concluído em janeiro de 2016.

O instrumento é dirigido às equipes dos serviços de Atenção Básica, e destina-se a todos os serviços que compõem a rede de atenção básica, independentemente do modelo organizacional adotado e está inserido em um documento com o nome de Caderno de Boas Práticas para Organização de Serviços de Atenção Básica com critérios, padrões e indicadores, utilizados pelo Sistema QualiAB 2016, que encontra-se disponível em: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>

Para construção dos indicadores, o Caderno se baseia na Política Nacional de Atenção Básica/SUS, na Política Nacional de Humanização e publicações científicas do campo da APS. Tem como base a teoria do processo de trabalho em saúde em composição com referências do campo da avaliação de serviços (CASTANHEIRA, 2016).

O QualiAB define um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que procuram abarcar as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência do conjunto de atividades e programas sob responsabilidade da ABS. Toma a organização do processo de trabalho como eixo importante para a qualificação da ABS, e procura somar com as políticas de avaliação e monitoramento que vem sendo implementadas no SUS, representando um recurso adicional para melhoria da qualidade. A adesão ao sistema QualiAB é voluntária e não está vinculada a nenhum tipo de incentivo material.

O questionário é composto por 115 (cento e quinze) questões, onde 89 (oitenta e nove) questões são pontuadas e 26 (vinte e seis) não são pontuadas. As questões não pontuadas, permitem caracterizar o contexto de atuação dos serviços e não compõem o *score* final de cada unidade, e são constituídas por dois tipos de questões:

a) As que abordam aspectos que descrevem a unidade, como características institucionais, inserção geográfica, composição das equipes e questões opinativas, como a identificação de obstáculos à qualidade ou mesmo a avaliação do questionário que está sendo aplicado;

b) As relacionadas às atividades gerais da equipe, ao acesso à rede de serviços e aos sistemas de informação, e aos programas que não são desenvolvidos em todas as unidades. Ainda que sejam aspectos que podem qualificar a atenção realizada, dependem centralmente de outros níveis de gestão e/ou referem-se à execução de ações não implantadas no conjunto dos serviços de ABS.

Já as questões pontuadas definem os indicadores de qualidade organizacional, e geram 101 indicadores de qualidade, pois há questões que definem mais de um indicador.

O instrumento atribui para cada indicador três níveis de avaliação, representados pelas pontuações 2 (padrão esperado), 1 (aceitável) e 0 (não desejável). Estas ainda permitem

questões de resposta única (assinalar apenas uma alternativa) e questões de múltipla escolha (assinalar mais de uma alternativa). São questões que definem indicadores compostos pela integração das várias alternativas.

O escore de cada questão é calculado a partir da soma dos pontos atribuídos para cada variável assinalada, considerando como escore final:

- 2 (padrão esperado) para aqueles que obtiverem uma pontuação >75% do total;
- 1 (padrão aceitável) para aqueles que obtiverem uma pontuação $\geq 25\%$ e $\leq 75\%$;
- 0 (padrão insuficiente) para aqueles que obtiverem uma pontuação <25%.

A distribuição interna de valores entre as alternativas, também varia entre 0, 1 e 2, atribuindo-se o valor máximo pela importância do item e por sua capacidade de discriminação. É atribuído o valor 1 para itens já incorporados na maior parte dos serviços, sem que isso represente uma menor importância, mas que não representam um aspecto diferencial de qualidade.

A pontuação final atribuída ao serviço resulta da média da pontuação dos 101 indicadores e representa o grau de qualidade organizacional alcançado em relação ao padrão esperado ou “padrão ouro”, correspondente a média 2 (100%). Por exemplo, uma média final 1,5 equivale a 75% do padrão espera

Para a avaliação global das UBS os indicadores priorizados podem ser reunidos em dois itens de análise chamado de Dimensão (Quadro 2):

- a) Gestão e gerenciamento local, com três dimensões e um total de 38 indicadores.
- b) Gestão da Atenção à Saúde, com três dimensões um total de 63 indicadores.

Quadro 2. Itens de análise: Dimensões, Domínios e Subdimensões, com número de quesitos correspondentes a cada um no instrumento QualiAB 2016.

DIMENSÃO (nº indicadores)	DOMÍNIO (nº indicadores)	SUBDOMÍNIO (nº indicadores)	QUESTÕES*
GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL (38 indicadores)	Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos (12)		16, 17,18,19,20,22 (22.1-22.6), 23
	Informação, Planejamento e Avaliação (06)	---	97,98,99,100,101, 103
	Coordenação do Trabalho (20)	Gestão da Unidade	105,106,107,108,1 11, 112
		Qualificação Profissional	109 (109.1 – 109.10)
	Organização do Fluxo Assistencial	21, 28, 29, 30, 31	

GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (63 indicadores)	Educação em Saúde (04)	---	24, 25, 26, 27	
	Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social (15)	---	75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91	
	Seguimento Programático (44)	Saúde da Mulher		32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50
		Saúde da Criança e do Adolescente		51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
		Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa		61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73
Saúde Bucal			93, 94, 95	

FONTE: Castanheira et al. (2016). **Conforme questionário em anexo.*

Foi agendado previamente um horário com o responsável por cada equipe, para realização de uma reunião para expor sobre a pesquisa. No entanto, em algumas UBS houveram servidores que estavam de férias e os que não foram participar da reunião, estes foram abordados posteriormente de forma individual, sendo convidados para participarem da pesquisa.

Todos os participantes foram abordados diretamente na própria unidade ao qual o servidor era lotado de forma individual em sala/consultório ou coletivamente no auditório para esclarecimento da pesquisa. O instrumento impresso foi distribuído aos sujeitos que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e que assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

No início do período da coleta de dados foi sinalizado pela COREME que haveria a diminuição de 06 (seis) para 04 (quatro) UBS com RMSFC, devido a saída de dois preceptores, um de cada UBS a qual seu respectivo residente foi remanejado para outra UBS que já possuía RMSFC onde as R2 saíram de férias e posteriormente concluíram o Programa.

Assim, a coleta iniciou-se por UBS que não teriam alterações, e foi considerado para esta pesquisa a nova distribuição de 2018, sendo 04 UBS com RMSFC contendo 10 equipes e 08 UBS sem RMSFC contendo também 10 equipes, totalizando 20 equipes.

3.6 RISCOS/ BENEFÍCIOS

Os riscos aos participantes foram mínimos e consistiram em incômodo pelo tempo dispendido ao preenchimento do questionário. Como forma de reduzir os riscos, a coleta foi objetiva e direta quanto à abordagem e explicação do preenchimento do formulário.

Como benefícios os participantes receberão uma devolutiva em forma de oficina para apresentação dos resultados da pesquisa mostrando o impacto da RMFC na ABS em Gurupi, ao tempo em que serão repassados os dados para a SEMUS de Gurupi-TO.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em planilha Excel® para organizar os itens em conjunto para UBS com RMSFC (n= 61) e sem RMSFC (n=46). Foi então calculada a pontuação final (0, 1 e 2) e porcentagem do padrão esperado (entre 0 e 100%) além da média obtida para as Dimensões (Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde), dos 6 domínios e das 6 subdimensões, com a proporção atingida em cada item de análise, conforme apresentado no Quadro 2.

Para verificar a diferença estatística entre as médias dos *scores* 2 das UBS com e sem RMSFC foi aplicado a Análise de Variância (ANOVA), através do programa EPI INFO 3.2.2.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização desta pesquisa abordou um conjunto de questões relacionadas à qualidade dos serviços prestados no âmbito da Atenção Básica de Saúde no município de Gurupi-TO.

Apresenta-se a seguir os principais achados em forma descritiva quanto à caracterização do perfil dos serviços de Atenção Básica de Saúde em Gurupi-TO, nas UBS com e sem o RMSFC, assim como a caracterização da RMSFC de Gurupi-TO, e para os resultados do questionário QualiAB, utilizou-se a porcentagem e a diferença estatística, estes estão dispostos em um item Global para representar todos os 101 indicadores, e na sequência, por Dimensão (Gestão e Gerenciamento Local e Gestão da Atenção à Saúde), e seus respectivos Domínio e Subdomínios.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA ATENÇÃO BÁSICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM GURUPI-TO

A Atenção Básica de Saúde do município de Gurupi-TO está habilitada com 12 UBS no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) na zona urbana, sendo 04 UBS com RMSFC e 08 (oito) sem RMSFC, e conta ainda, com 01 (uma) unidade na zona rural e 01 (uma) nova unidade em construção.

Estão autorizadas e cadastradas no CNES, 20 equipes de ESF que atuam nas 12 UBS urbanas com 224 servidores, onde 10 (dez) equipes possuem a RMSFC e 10 equipes não possuem, e existe ainda, 03 (três) equipes que funcionam sem incentivos do Governo Federal e são utilizadas para cobertura de algumas UBS urbanas e da rural (21 servidores).

Nas UBS sem RMSFC estão 123 servidores (09 médicos, 10 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem e 94 ACS), já nas UBS com RMSFC são 101 servidores (10 médicos, 10 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, 70 ACS)

Ocorreu maior participação de ACS no preenchimento do questionário em virtude de serem maior número nas unidades, pois mesmo segundo a nova PNAB a ESF é composta por equipe multiprofissional que possui no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico de enfermagem ou auxiliar e agentes comunitários de saúde (ACS), este último não deve ultrapassar em 12 servidores e deverão cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente (BRASIL, 2017).

Observou-se durante a reunião de explicação da pesquisa que as ACS sentiram-se valorizadas por oportunizarem sua participação na pesquisa, informando o dia-a-dia da unidade em assuntos tão importantes, o que poderia justificar o interesse desta categoria em participar da pesquisa.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tanto desempenha papel de mediador entre equipe de saúde e comunidade, como faz parte delas (MACIAZEKI-GOMES, 2016), assim seu trabalho desenvolvido na ABS, é importante para a concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde (COSTA et al., 2013).

Quanto à caracterização das UBS estudadas, todos os servidores classificaram suas unidades como Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicional” com Equipe de Saúde da Família (ESF), geridas pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo 50% delas localizadas na região central da zona urbana.

No que diz respeito à presença de grupos populacionais no território de atuação da unidade, a caracterização foi igual para os dois grupos de UBS. Assim como a qualidade das instalações gerais, tanto as UBS com e sem a RMSFC, mostraram-se semelhantes, diferindo nos quesitos, acesso a pessoas com deficiência, sala de espera e banheiro dentro do consultório ginecológico que estavam presentes somente nas unidades com RMSFC.

As UBS possuem horários de funcionamento divergentes, onde com RMSFC funcionavam com médicos em alguns período matutino e vespertinos e as sem RMSFC funcionavam durante o todo o dia. Sabe-se que as UBS com RMSFC, o residente e o preceptor cumprem atividades de carga horária teórica de acordo com o cronograma do Programa, sendo necessário uma vez por semana, sua modificação na rotina da unidade, porém a UBS não é fechada, pois há outros servidores desenvolvendo atividades de rotina na UBS.

As UBS, divergiram quanto à área de abrangência da unidade, as que não possuíam RMSFC eram definidas administrativamente pelo nível central da SEMUS enquanto as que possuíam, por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso. No entanto, após a coleta de dados desta pesquisa, a SEMUS organizou uma reunião para remanejamento de área, realizada apenas com os enfermeiros que redistribuíram as áreas entre as equipes, o que causou desconforto entre os membros da RMSFC que se propuseram a auxiliar no estudo de redistribuição de área.

Quanto à presença de equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço, foi observado diferença apenas no item acesso à sistema informatizado para alimentação de banco de dados, presente nas UBSs com RM.

Não houve diferença entre as unidades quanto ao número de profissionais fixos e volantes por categoria, pois todas possuíam ESF. Ambos os grupos receberam profissionais do PMMB e possuem acesso a uma rede de serviços municipais ou regionais composta por NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente, Serviços de atenção ao idoso, Serviços de atenção à criança, Serviços de atenção à mulher e Ambulatórios de especialidades. Também, o apoio técnico continuado realizado por equipe externa ao serviço (matriciamento) era feita pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e pela equipe multiprofissional.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE GURUPI-TO

Em relação a caracterização da RMSFC no município de Gurupi-TO, apresenta-se um histórico a respeito do processo de planejamento para a implantação da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade em Gurupi-TO, ocorrida no segundo semestre de 2014, quando foi instituída uma Comissão interna na UNIRG para compor a COREME em conjunto com representantes da SEMUS/Gurupi-TO e demais parceiros de acordo com as orientações da CNRM.

A SEMUS de Gurupi havia aberto um PRMSFC no início de 2014, o qual não houve nenhum inscrito. Assim, a UNIRG solicitou a mudança no credenciamento, de forma que fosse de fato a responsável pela RMSFC. Foi então readequado o projeto e a RMSFC pela UNIRG, teve seu credenciamento provisório autorizado pela CNRM e Ministério da Educação (MEC) por meio do Parecer SISCNRM n. 1199/2015 de 21 de janeiro de 2016, ofertando então 4 vagas para R1, e em outubro do mesmo ano, foi solicitado ampliação de vagas, sendo autorizadas mais 4 vagas para R2, totalizando então 8 vagas.

Houveram muitos desafios para a concretização dessa implantação, como trâmites administrativos e gerenciais obrigatórios, estabelecidos por meio da Resolução Ministério da Educação N. 001, de 25 de maio de 2015, que Regulamenta os Requisitos Mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Resolução CNRM n. 002, de 17 de maio de 2006, como também a resistência por parte dos gestores municipais, já que modificaram os que compunham os cargos de gestão municipal com certa frequência e

estes não conheciam os trâmites e supunham que daria muitos gastos financeiros. De forma que a COREME constantemente justificava a viabilidade da implantação da RMSFC.

Atualmente o Programa está no terceiro ano e ainda há muitos desafios a ultrapassar, como a integração com o internato do curso de Medicina da IES, pois a organização dos estágios da UNIRG em UBS é coordenada pela COREME em parceria com SEMUS, inicialmente em função da Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 da Câmara de Educação Superior/ CNE/ME que Institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que dispunha que até 2018 em seu **Artigo 37 que** “*Os programas de Residência Médica, de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão, anualmente, vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior*”.

Em março de 2016 iniciou-se a RMSF com 04 (quatro) residentes em 02 (duas) UBS as quais produziram 24.336 atendimentos, em 2017 entraram mais 4 (quatro) residentes e foram ampliadas para 06 (seis) unidades com RMSFC as quais produziram 49.181 atendimentos. Essas produções foram possíveis, pois de fato os médicos Residentes e Preceptores atuaram 40 horas semanais na UBS e conseguiram atender as demandas reprimidas da UBS, bem como instituíram as visitas e internações domiciliares, e a realização de pequenos procedimentos que eram poucos realizados no âmbito da ABS de Gurupi. A COREME apresenta para SEMUS relatórios mensais de produção das UBS com RMSFC, no entanto não houve a possibilidade de comparação com outras unidades, pois segundo informações da SEMUS, houve mudança na utilização de sistema de SIAB para Primus – Atenção Básica e especializada, não havendo registros completos de atendimentos e procedimentos nas UBS sem RMSFC, e relata melhora nas informações a partir da metade de 2018 com a implantação do prontuário eletrônico em todas as UBS.

Foi realizado em 2017 pela COREME Treinamento e Capacitação das Equipes de UBS que receberiam a RMSFC, com tema o que é Residência Médica, com apresentação do cronograma de rotina da UBS e período de atividades teóricas, implantação dos Programas Rede Cegonha e Tabagismo.

Em 2018 o PRMSFC recebeu visita *in loco*, e teve parecer aprovando credenciamento por 5 Anos, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Ministério da Educação (MEC) em 21 de fevereiro de 2018, SISCNRM Nº 254/2018. Ainda em Março de 2018, conclui-se a primeira turma, com quatro especialistas em Residência Medicina de Família e Comunidade, sendo devidamente aprovados e registrados pelo Ministério da Educação-MEC e Certificados de Conclusão emitidos e entregues pela UNIRG, aos concluintes, conforme legislação em vigor CNRM. E, entrou em 2018 apenas 01 (um) R1, este fato atribui-se à

problemas de ordem financeira ocorrida no final de 2017, onde o município atrasou repasses aos residentes, pois havia um novo entendimento por parte da SEMUS que não arcaiam com a remuneração dos residentes, assim foi necessária nova renegociação, onde a UNIRG assumiu o repasse da bolsa residente para que não houvesse mais prejuízos e repercussões. Atualmente a RMSFC está com 4 (quatro) R2 e 01 (um) R1, com 04 (quatro) preceptores distribuídos em 04 (quatro) UBS. Foram apresentados cinco projetos onde R1 apresenta Diagnóstico Situacional e os R2 o Projeto Terapêutico Singular, estes terão acompanhamento dos dados levantados e das propostas de intervenção seguindo cronograma até março de 2019.

4.3 ASPECTO GLOBAL DO QUESTIONÁRIO QUALIAB EM UBS COM E SEM RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Ao analisar todos os itens do questionário QualiAB sobre os processos de trabalho instituídos em cada local e que permite identificar o padrão de qualidade dos serviços de Atenção Básica, neste contexto, verificou-se no aspecto global que 34% dos 101 quesitos nas UBS com RMSFC foram avaliados com *score* 2, enquanto as UBS sem PRMSFC apresentaram 5% de *score* 2 (Figura 1), apresentando uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

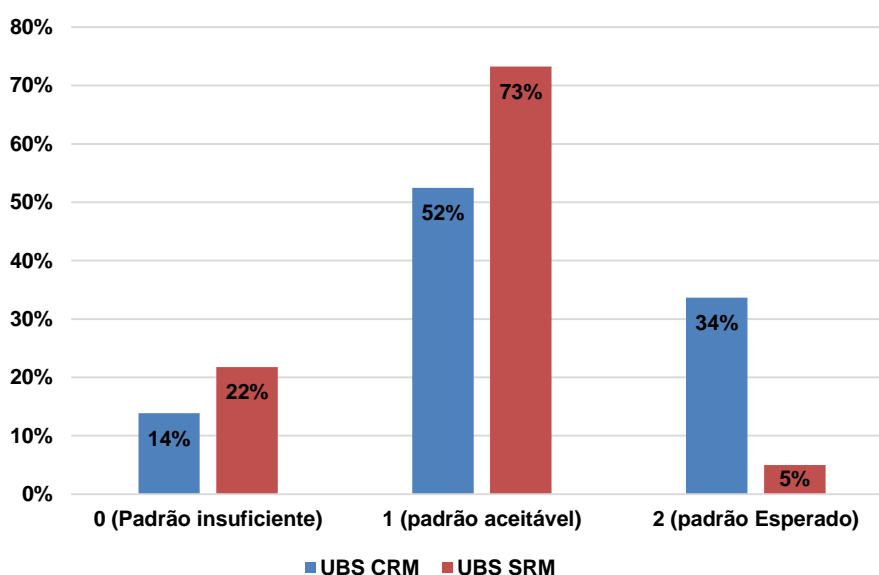


Figura 1: Análise geral dos *scores* das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Este resultado reafirma as evidências de que Residências em Saúde por sua concepção metodológica apresentam um papel estratégico do ensino pelo trabalho.

O processo de formação desses profissionais é vital no desenvolvimento e na consolidação de um sistema público de saúde. Essa importância se deve ao fato de que a

formação em serviço permite um novo profissional produzindo novas formas de trabalho, em coerência com as políticas da saúde. Ou seja, a Residência possibilita fortalecer e qualificar o SUS, contribuindo na produção da atenção integral ao usuário (SHIKASHO, 2013).

No estudo sobre implantação do PRMSFC realizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro observou-se que a inserção deste programa nas UBS levou a exigência de se obter a melhoria da qualidade dos profissionais da rede e da organização dos serviços, uma vez que, estão inseridas num contexto de constantes reflexões sobre o processo de trabalho, sugerindo investimentos em estudos que possam sinalizar os impactos gerados pelos programas de residências (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Neste sentido, se mostra importante o empenho de gestores de serviços públicos e instituições de ensino em fortalecer esses programas para que contribuam na melhoria de indicadores da saúde e da formação profissional.

4.4 DIMENSÃO: GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

Sobre a análise da Dimensão Gestão e Gerenciamento local foi observado *score* 2 em 57% dos indicadores de UBS com RMSFC enquanto que nas UBS sem RMSFC apresentaram *score* 2 em 11% dos quesitos (Figura 2), apresentando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

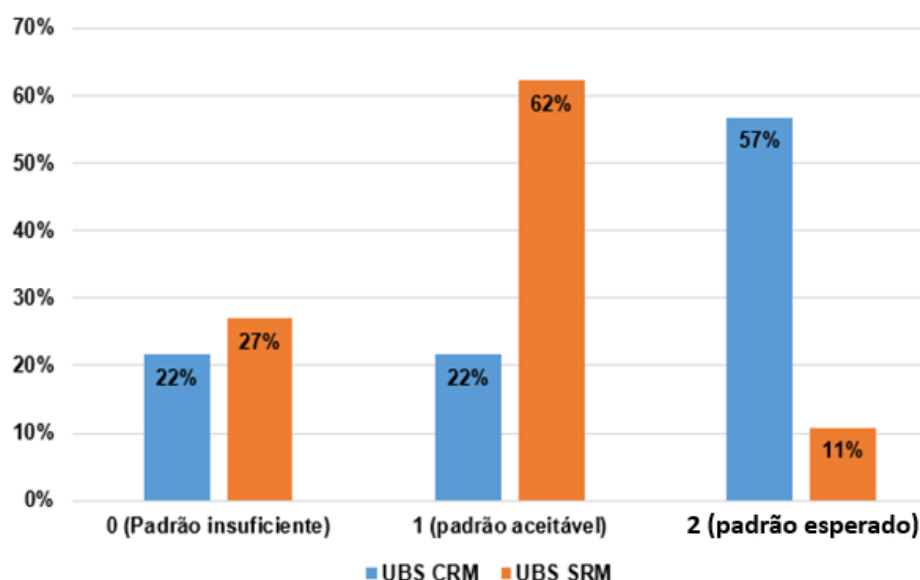


Figura 2: Análise da Dimensão Gestão e Gerenciamento local das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Esta Dimensão envolve ações e responsabilidades da gestão municipal e gerência local da unidade, com o propósito de garantir condições técnicas, infraestrutura e materiais para execução do trabalho.

No estudo realizado em 36 municípios com o objetivo de analisar a identificação de potencialidades e limites da gestão do trabalho identificadas por 72 gestores, verificou-se que existe limites à constituição da gestão do trabalho nos municípios, com ênfase para a interposição política, poucos profissionais médicos, redes de atenção à saúde ineficazes e o domínio financeiro e orçamentário na esfera macropolítica (GALAVOTE, 2016).

Observamos que este cenário de limitações da gestão do trabalho no âmbito da gestão política são frequentes em muitos municípios, no entanto, em decorrência das instituições de ensino necessitarem do serviço para desempenharem suas atividades práticas, isso possibilita a permuta de insumos garantindo uma melhor execução do trabalho nas UBS com RMSFC.

De acordo os estudos de Augusto et. al., (2018) estão cadastrados no Brasil desde 1981 com certificado de residência médica ou título de especialista 5.438 médicos e esta situação demonstra que o número de médicos de família e comunidade no país representa menos de 2% dos médicos do país, número inferior do que seria necessário para a qualificação dos serviços de atenção primária à saúde. Constatando a grande importância de políticas de fomento à formação de médicos de família e comunidade, incluindo a expansão das vagas de residência médica na especialidade, os incentivos para a ocupação dessas vagas e a inserção da especialidade nos cursos de graduação em medicina.

4.4.1 Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos básicos

Verificou-se nesta pesquisa, pelo Domínio Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos, que 50% dos indicadores nas UBS com RMSFC foram avaliadas com *score* 2 enquanto as UBS sem RMSFC apresentaram 0% de *score* 2 (Figura 3), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

A UNIRG ofereceu diversos materiais permanentes necessários para a execução dos procedimentos implantados na rotina da unidade e em contrapartida a gestão realizou obras de infraestrutura nas UBS que receberiam a RMSFC.

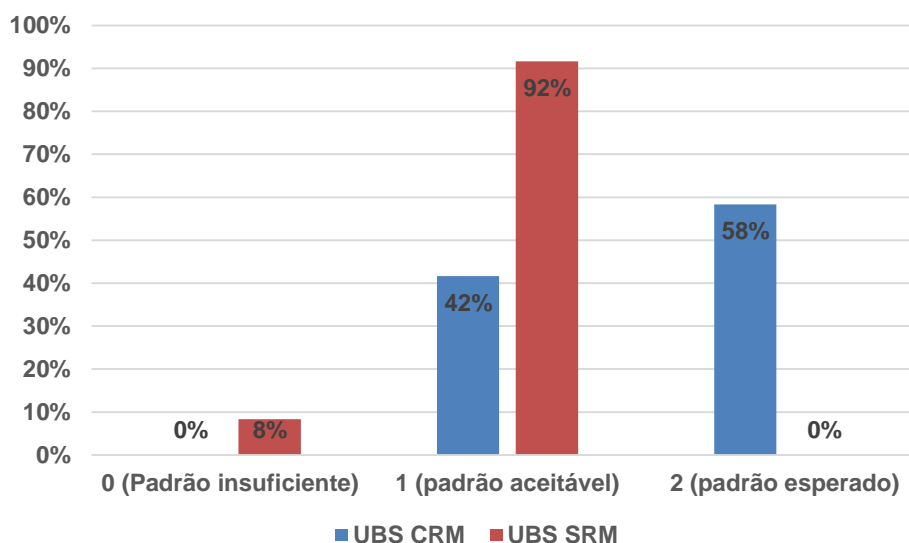


Figura 3: Análise do Domínio Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Os quesitos que se destacaram neste Domínio nas UBS com RMSFC (Tabela 2) foram: procedimentos de rotina realizados na unidade, vacinas aplicadas de rotina, disponibilidade de medicamentos para diabetes tipo II, disponibilidade de medicamentos para hipertensão arterial, disponibilidade de antibióticos mais utilizados, em relação à dispensação dos medicamentos previstos na RENAME e disponibilidade de métodos contraceptivos.

Tabela 2. Item relativos à Domínio Recursos materiais, procedimentos e insumos básicos, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÃO	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Recursos materiais, Procedimentos e Insumos Básicos (12)	16	Estrutura Física e instalações	1	1
	17	Equipamentos e recursos de apoio à assistência	1	1
	18	Procedimentos de rotina realizados na unidade	2	1
	19	Vacinas aplicadas de rotina	2	1
	20	Exames feitos e/ou colhidos na unidade 35/36	1	1
	22.1	Disponibilidade de medicamentos para DST	1	0
	22.2	Disponibilidade de medicamentos para diabetes tipo II	2	1
	22.3	Disponibilidade de medicamentos para hipertensão arterial	2	1
	22.4	Disponibilidade de medicamentos para dislipidemias	1	1
	22.5	Disponibilidade de antibióticos mais utilizados	2	1
	22.6	Em relação à dispensação dos medicamentos previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)	2	1
	23	Disponibilidade de métodos contraceptivos	2	1

Castanheira et al. (2016) afirma que as unidades devem executar procedimentos de baixa complexidade como parte da atenção integral, para evitar o congestionamento de outros níveis de atenção.

Com a implantação da RM em Gurupi, as unidades com a RMSFC passaram a executar procedimentos como suturas, implantação de DIU, hidratação venosa e pequenas cirurgias considerados como de rotina.

Os dados encontrados neste estudo relacionados com a disponibilidade de medicações, indicam um “padrão esperado” com a distribuição constante à população, corroborando com o estudo de Nascimento et al. (2017), que analisou a disponibilidade física de medicações na atenção primária do SUS e encontraram uma disponibilidade média de 52,9% para todos os tipos de medicações e com relação às medicações para o tratamento de doenças crônicas, os índices superaram 80%. Mesmo com a excelência na distribuição dessas medicações, os autores ainda afirmam que é possível que em muitas localidades o acesso as medicações básicas para prevenir e tratar doenças cardiovasculares, diabetes e respiratórias crônicas tende a ser baixa ou irregular.

Em relação a disponibilidade de métodos contraceptivos, o estudo de Gonzaga et al. (2017) realizado com 79 trabalhadores responsáveis pela área técnica de Saúde da Mulher dos municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais identificou que entre os municípios, 15,2% não disponibilizam DIU e 8,3% não referenciam a mulher para outros serviços, 53,7% não disponibilizam o DIU nas UBS. Foram identificados problemas no acesso ao DIU, por meio de barreiras organizacionais para sua disponibilização e inserção, como a não disponibilização do método ou o excesso dos critérios desnecessários para disponibilizá-lo.

O município de Gurupi mantinha estoques de DIU, no entanto não eram utilizados na ABS antes da implantação da RMSFC. Conforme os dados da COREME, no ano de 2016 o programa realizou 140 procedimentos e em 2017 com o fechamento do ciclo de R1 e R2, foram realizados 226 procedimentos de rotina.

De acordo com o padrão adotado por Castanheira et al. (2016) para o quesito disponibilidade de métodos contraceptivos, os métodos contraceptivos na unidades devem ser diversificados e ofertados de acordo com as indicações, bem como oferecer informações, espaços de discussões e aconselhamento sobre a escolha dos métodos mais apropriados às necessidades e vontade de cada usuário.

4.4.2 Informação Planejamento e Avaliação

Bem menos evidente, porém muito importante, o Domínio Informação, planejamento e avaliação, estes devem ser dinâmicos e participar de um ciclo de ações que se retroalimentam e que geram informações buscando entender e atender às expectativas tanto dos gestores, quanto para os profissionais e usuários da área da UBS, sobre a atenção ofertada.

Nesta pesquisa observou-se que apenas 17% dos quesitos nas UBS com RMSFC foram avaliadas com *score* 2, enquanto as UBS sem RMSFC não apresentaram *score* 2, não sendo observado diferença estatisticamente significativo ($p = 0.10119$). Porém, ambos os grupos estavam com 50% dos quesitos com *score* 1, considerado padrão aceitável (Figura 4).

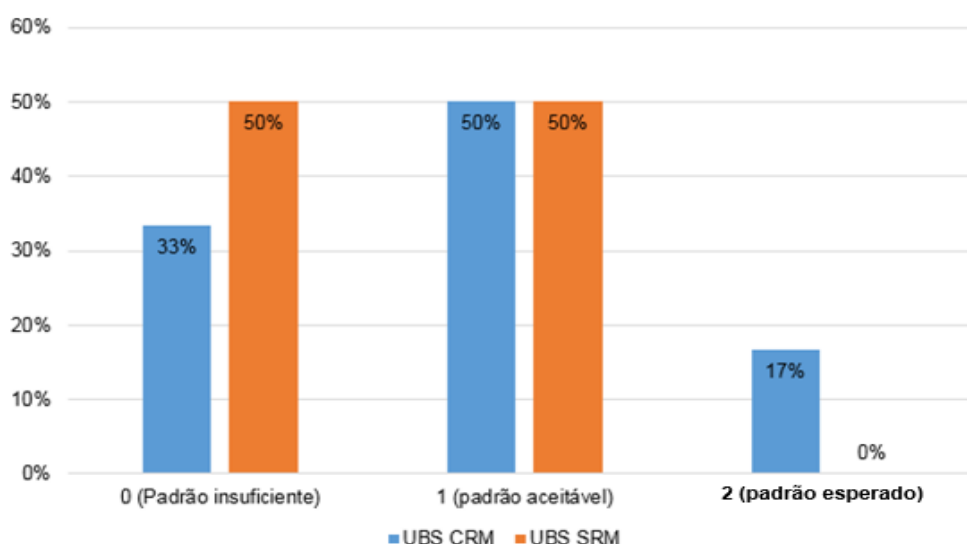


Figura 4: Análise do Domínio Informação, planejamento e avaliação das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

O quesito que se destacou nas UBS com RMSFC foi a Estratégia de Reconhecimento das Necessidades locais de Saúde (Tabela 3). Isso se justifica devido aos residentes apresentam anualmente os dados referentes ao diagnóstico situacional da sua área, com um espectro amplo e rico em informações da área de abrangência da sua UBS.

Demonstrando a necessidade de melhorar esses indicadores, com adequado registro de dados, implementação de estratégias de planejamento local e principalmente ações realizadas por processo de avaliação, pois segundo CONASS “se quem planeja governa melhor, quem avalia aumenta sua governabilidade” (Brasil, S/D).

Dados encontrados nos estudos de Egry et al. (2009) em 19 equipes de Capão Redondo, afirmavam utilizar a visita domiciliar, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além dos dados epidemiológicos, bem como a participação ativa dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), pois durante a coleta de dados estes foram os que mais levantaram as necessidades de saúde da população através de visitas regulares aos domicílios. Reafirmando a importância da participação de todos da equipe envolvidos neste processo.

Tabela 3. Quesitos do Domínio Informação, planejamento e avaliação, segundo questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
	97	Dados registrados de rotina	1	1
	98	Utilização dos dados da produção assistencial	1	1
Informação,	99	Estratégias de planejamento local	0	0
Planejamento	100	Definição da área de abrangência	1	0
e Avaliação	101	Estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde	2	1
(6)	103	Ações desencadeadas por processos de avaliação	0	0

Embora os processos avaliativos muitas vezes apontem pontos negativos que implicam em decisão de aceitar e encarar os problemas a serem resolvidos, para a tomada de decisão, é necessária a implementação da avaliação em saúde, que é indispensável a disposição de tempo e recursos, dois itens que dificultam a resolução de problemas imediatos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Em estudo sobre a implantação da AMQ na região de Registro, os gestores municipais, coordenadores de ABS e profissionais de saúde da ESF também compreenderam a avaliação dos serviços de saúde como sendo necessária para promover uma melhoria da qualidade (VENÂNCIO et al., 2008).

É sugerido por Tanaka (2011) iniciar a avaliação da ABS pela dimensão Processo na construção da rede de atenção, pois a partir dele, alguns resultados podem ser esperados e a tomada da decisão para a adequação de estrutura possa ser resultante das reais necessidades identificadas para a realização de adequado Processo.

Para Castanheira et al. (2016) o registro de informações e o conhecimento da realidade local por meio de levantamentos sobre a assistência e estudos da comunidade são de fundamental importância para o planejamento e avaliação, de modo a adequar as ações da unidade à realidade de seu território e a dar retorno para o conjunto da equipe sobre o trabalho realizado.

Sabe-se que a dinâmica dos serviços de saúde dificulta a realização de avaliações em função da necessidade de se tomar decisões no momento em que os problemas acontecem ou

são identificados. Nesse contexto, para que a avaliação possa atingir os seus objetivos, ela terá que se tornar em uma ação permanente na prática dos serviços (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Dessa forma, as avaliações devem ocorrer de modo contínuo, pois sugere-se às equipes das UBS com e sem RMSFC a implantação de estratégias que melhorem este domínio para ambos os grupos. Informação, planejamento e avaliação, devem ser pilares dinâmicos, que participam de um ciclo de ações que se retroalimentam e que geram informações buscando entender e atender às expectativas tanto dos gestores, quanto para os profissionais e usuários sobre a atenção ofertada na área da UBS.

4.4.3 Coordenação do Trabalho

No domínio Coordenação do Trabalho observou-se que 70% dos indicadores nas UBS com programa foram avaliadas com *score* 2, enquanto que as UBS sem apresentaram 20% de *score* 2 (Figura 5). Foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p < 0,0001$.

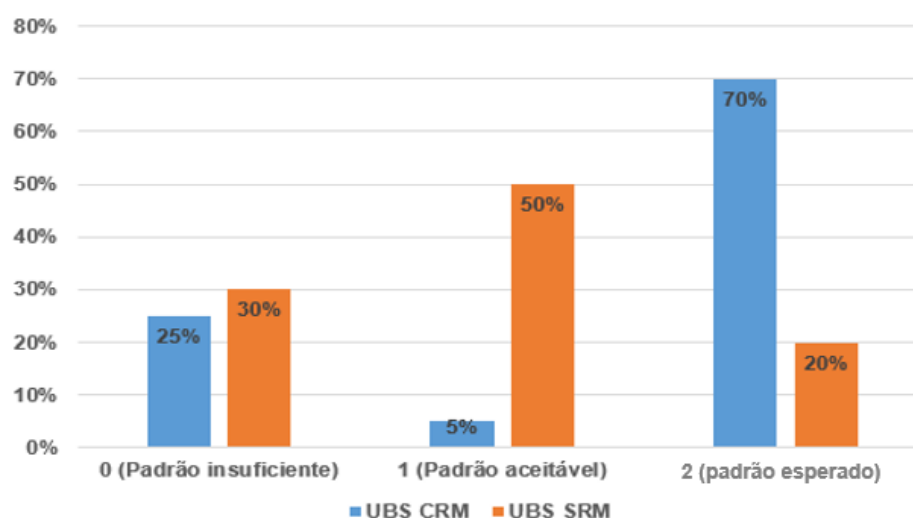


Figura 5: Análise do Domínio Coordenação do Trabalho das UBS com e sem RMSFC, Gurupitô, 2018.

Segundo Castanheira et al. (2016) a gerência local tem destaque na coordenação do trabalho em equipe, por sua capacidade de qualificar diferencialmente a atenção realizada pelo serviço e de promover o trabalho em equipe. Os dados encontrados evidenciam o bom trabalho realizado pela COREME em conjunto com SEMUS no cumprimento das rotinas e estratégias utilizadas na implantação da RMSFC.

O item coordenação do trabalho possui três subdomínios, Gestão da unidade, Qualificação profissional e Organização do fluxo assistencial (Tabela 4), e estes indicadores identificam de que forma a gestão implementa estratégias propostas pela AB.

Tabela 4. Itens do Domínio Coordenação do Trabalho, segundo número da questão e quesitos correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÃO	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Gestão da Unidade (5)	105	Carga horária do gerente ou responsável local	2	2
	106	Mecanismos de integração da unidade com o nível central	2	1
	107	Periodicidade das reuniões de equipe	2	1
	108	Temas abordados nas reuniões de equipe	2	1
	111	Estratégias para participação popular na gestão da unidade	0	0
	112	Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários	2	1
Qualificação profissional (10)	109.1	Estratégias de formação para médicos no último ano	2	2
	109.2	Estratégias de formação para Enfermeiros no último ano	2	2
	109.3	Estratégias de formação para Dentistas no último ano	2	1
	109.4	Estratégias de formação para Farmacêutico no último ano	2	1
	109.5	Estratégias de formação para Auxiliar/Técnico de Enfermagem no último ano	2	1
	109.6	Estratégias de formação para Auxiliar/Técnico de Higiene Dental no último ano	0	0
	109.7	Estratégias de formação para Auxiliares de farmácia no último ano	0	0
	109.8	Estratégias de formação para Agentes Comunitários no último ano	2	2
	109.9	Estratégias de formação para Profissionais Administrativos no último ano	0	0
	Organização do fluxo assistencial (5)	21	Presteza na avaliação dos resultados de exame	2
28		Estratégias de agendamento da consulta médica	0	0
29		Fluxo de atendimento à demanda espontânea	1	0
30		Diversidade da oferta assistencial para demanda espontânea	2	1
31		Grupos prioritários para Convocação de faltosos	2	1

4.4.3.1 Gestão da Unidade

Neste Subdomínio, com exceção do indicador Estratégias para participação popular na gestão da unidade, que obteve *score* 0, em ambas as UBS com e sem RMSFC, todos os outros indicadores apresentaram *score* 2 nas UBS com residência (Tabela 4).

Muito embora, estudos indicam avanço no processo de participação popular na gestão de PSF, algumas dificuldades foram verificadas em pesquisa realizada em Campina Grande, como a dificuldade do Conselho Local de Saúde em estabelecer diálogo com os comunitários, a não participação dos conselheiros no planejamento das ações desenvolvidas pela equipe, e a falta de capacitação continuada para os profissionais em metodologias que estimulem a participação popular (DE LACERDA; SANTIAGO, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS-ParticipaSUS a Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos diários da gestão do SUS, que oferece a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social e pretende a introdução de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos servidores de saúde e da comunidade (BRASIL, 2009).

Desta forma, ambos os grupos necessitam de novas estratégias que possam integrar a comunidade com a equipe da UBS, de forma a participar na gestão.

4.4.3.2 Qualificação profissional

Neste Subdomínio, também com exceções dos indicadores, Estratégias de formação para Auxiliar/Técnico de Higiene Dental no último ano, de Auxiliares de farmácia no último ano e de formação para Profissionais Administrativos que obtiveram *score* 0 em ambos os grupos, todos os outros indicadores apresentaram *score* 2 nas UBS com residência (Tabela 4).

A valorização do profissional da atenção básica certamente contribui para uma AB robusta e de qualidade (GIOVANELLA, 2018).

Educação Permanente em Saúde foi designada como uma estratégia para a “reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, em especial a APS, mediante ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde”. Da mesma maneira, a preocupação existente com a educação dos profissionais de saúde vem sendo referendada por meio de movimentos sociais, legislações e políticas públicas defendendo que o SUS deve exigir uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com diretrizes que garantam o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. De forma que, a qualidade do serviço está intimamente relacionada com o quantitativo de profissionais inseridos em processos de educação permanente e o investimento no aperfeiçoamento profissional é um requisito para manutenção da qualidade das ações desenvolvidas (OLIVEIRA et.al., 2016).

Para Prado Júnior (2015) o Programa de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade é a ação mais estruturante na reforma da APS do Rio de Janeiro, e que é insuficiente aumentar o número de equipes de saúde da família se não tiver profissionais resolutivos e com boa formação em atenção primária.

Nos estudos de OLIVEIRA et al. (2016) com 101 profissionais médicos e enfermeiros do município de Goiânia, que descreveu o perfil dos profissionais e analisou a qualidade dos serviços por meio do questionário PCATool, verificou que na percepção dos profissionais a qualidade dos serviços de APS na ESF é satisfatória, os enfermeiros apresentam maior experiência e qualificação profissional e vínculo com a ESF do que os médicos e que as capacitações contribuem para o aperfeiçoamento e mudanças na prática profissional.

Neste sentido se faz necessário maiores esforços por parte dos gestores locais em promover qualificação contínua e permanente para todos os participantes do processo, de modo a refletir tanto na equipe quanto possivelmente nos usuários.

Assim, a educação permanente participa como investimento da valorização dos servidores, com conseqüente satisfação dos trabalhadores, estes que são multiplicadores, e refletem na comunidade o resultado de seu trabalho.

4.4.3.3 Organização do Fluxo Assistencial

E no subdomínio Organização do fluxo assistencial as UBS com o programa apresentou *score* 0 apenas no quesito Estratégias de agendamento da consulta médica.

Existe uma prática comum nos serviços públicos de saúde em ser atendidos por, o que resulta em faltosos, devido à demora para o atendimento. A CNRM recomenda como quesito mínimo para a Residência de Medicina de Família e Comunidade que a agenda de atendimento dos serviços não seja determinada por faixa etária ou grupo populacional em consonância com a política de atenção básica, bem como, que seja com horário marcado evitando esperas e superlotação.

4.5 DIMENSÃO: GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Esta dimensão define um conjunto de ações do cuidado abrangendo ações de promoção, prevenção e assistência.

Foi observado nesta pesquisa que 21% dos quesitos nas UBS com programa de Residência foram avaliadas com *score* 2, enquanto as UBS sem o PRMFC apresentaram 2% de *score* 2 (Figura 6). Foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p < 0,0001$.

Segundo Castanheira et al. (2011) o questionário QualiAB aborda centralmente quesitos de processos, mais do que os de estrutura e de resultados, e estão sob a gestão dos gerentes e equipes locais dos serviços, o que o posiciona melhor para compor iniciativas de melhoria da qualidade.

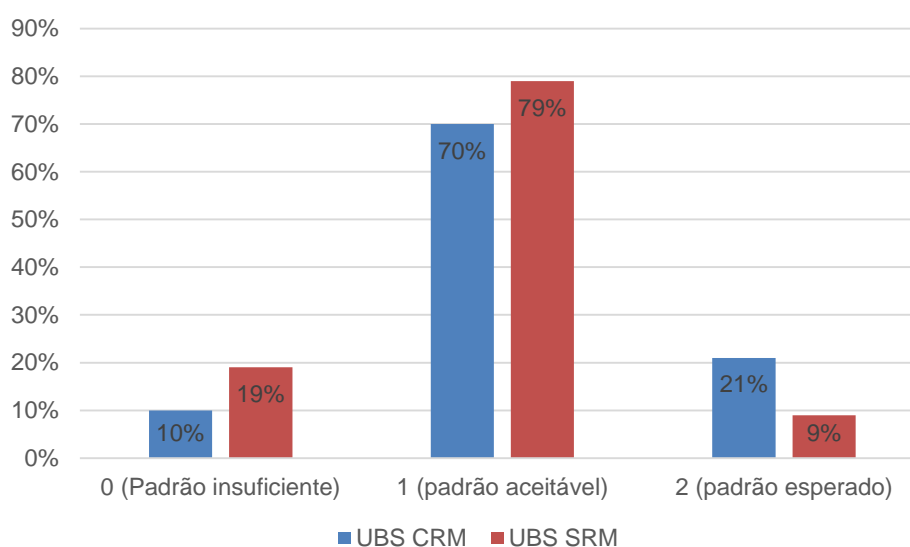


Figura 6: Análise da Dimensão Gestão da atenção à saúde das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Os quesitos desta Dimensão de Gestão da atenção à saúde estão agrupados em três domínios: Educação em Saúde, Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social, e Seguimento Programático, os quais foram observados significativamente a atuação dos profissionais das UBS com RMSFC e refletem a prática do cotidiano na UBS.

Esta dimensão reflete a integralidade, que é definida como um dos princípios do SUS, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Na atenção básica, a integralidade constitui-se no cotidiano do trabalho por meio das interações que acontecem entre o usuário e os profissionais (SILVA; SENA, 2008).

No estudo de Fracolli et al. (2011) realizado com 10 enfermeiras que atuam na atenção básica em três municípios do interior do estado de São Paulo, verificou que as concepções que as enfermeiras possuem sobre integralidade estão diretamente relacionadas à prestação de

assistência e que estas profissionais colocam a integralidade em prática ao executar seu processo de trabalho cotidiano.

Reafirmando a importância desta Dimensão por Tanaka (2011) na construção da rede de atenção e sobretudo da avaliação dela, pois é a partir disso que se observa as reais necessidades para a realização de um adequado Processo.

4.5.1 Educação em Saúde

No Domínio Educação em Saúde observou-se que 75% dos quesitos nas UBS com RMMFC foram avaliadas com *score* 2, enquanto as UBS sem o programa não houve nenhum *score* 2 (Figura 7). Foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p < 0,0001$.

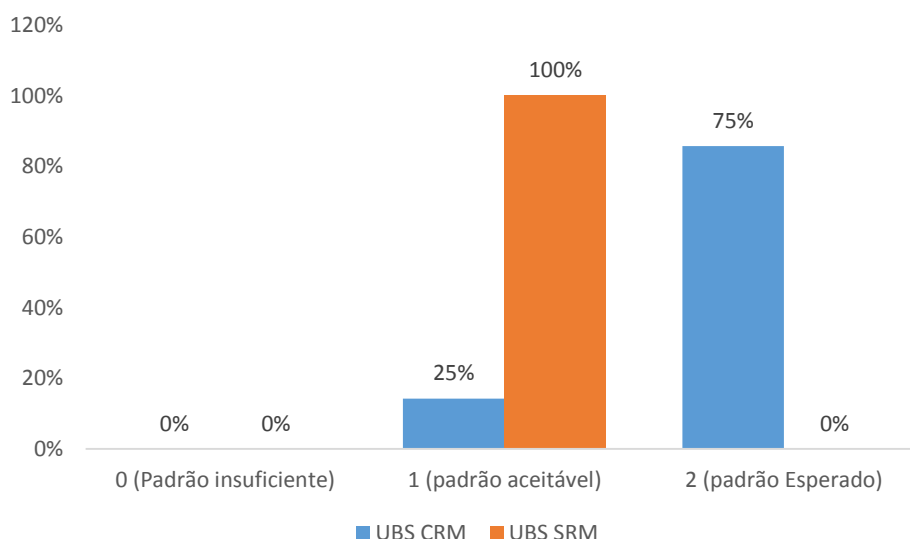


Figura 7: Análise do Domínio Educação em Saúde das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Com respeito aos itens deste Domínio, observa-se (tabela 5) que dos 4 (quatro) quesitos, o programa apresentou *score* 2 em 3 (três) deles, sendo estratégias de educação em saúde na comunidade, diversidade de temas de educação em saúde abordados na unidade e estratégias de educação em saúde na unidade.

A RMSFC tem como fundamento, propiciar encontros para resolução de problemas clínicos individual ou familiar e comunitário, prevenção de doenças, promoção da saúde e educação em saúde, de forma que a educação em saúde tem sido importante eixo de sustentação da promoção, prevenção e cuidados à saúde, dentro de uma perspectiva da integralidade. Como

de fato acontecem nessas unidades e na comunidade com ações e atividades dentro das políticas de atenção básica, uma troca de saberes, como sujeitos do processo de produção de cuidados.

Tabela 5. Quesitos relativos ao Domínio Educação em Saúde, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Educação em Saúde (4)	24	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na comunidade	1	1
	25	Estratégias de educação em saúde na comunidade	2	1
	26	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na unidade	2	1
	27	Estratégias de educação em saúde na unidade	2	1

Podem ser considerados educadores todos os trabalhadores da unidade, profissionais que têm agregado ao seu trabalho cotidiano a função de educar de forma prática os conteúdos técnicos e científicos, baseando numa “concepção de processo ensino-aprendizagem como troca e diálogo crítico sobre a realidade” (CASTANHEIRA et. al, 2016).

Já o indicador temas de educação em saúde abordados na comunidade obteve o mesmo *score* 1 nos grupos estudados.

Em uma pesquisa realizada no município de Uberaba-MG, com oito gestores dos serviços de atenção primária à saúde, pode afirmar que prevalece entre os gerentes das unidades de saúde uma visão reducionista e equivocada sobre o significado e as perspectivas de práticas de educação em saúde, contribuindo para a reprodução de práticas tradicionais de educação em saúde no contexto das UBS (MARTINS, 2017).

Os temas adotados nas ações na unidade e na comunidade devem atender às necessidades de saúde de cada território, envolvendo tanto aquelas identificadas pelos indicadores de saúde como as necessidades sentidas e questionadas pela população. As ações integradas entre equipe e a comunidade amplia a atuação da unidade, aproxima o serviço da população de forma que promove novos modos de promover e produzir saúde, ampliando o acesso e conferindo maior efetividade e integralidade aos cuidados em saúde.

A Residência Médica, sendo uma modalidade de formação que alia a experiência de trabalho supervisionado aos processos de formação, treinamento e reflexão, é um modelo excelente de qualificação e constitui-se em uma possibilidade de indução à fixação do profissional no contexto em que está inserido (BERGER et. al., 2017).

Assim, a educação em saúde precisa ser sistematicamente planejada e declarada como fundamental para o profissional da rede de saúde pública.

4.5.2 Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social

Sobre o Domínio Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social foi verificado-se que 13% dos indicadores nas UBSs com PRMMFC foram avaliadas com *score* 2 enquanto as UBS sem apresentaram 7% de *score* 2 (Figura 8). Foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p < 0,0001$.

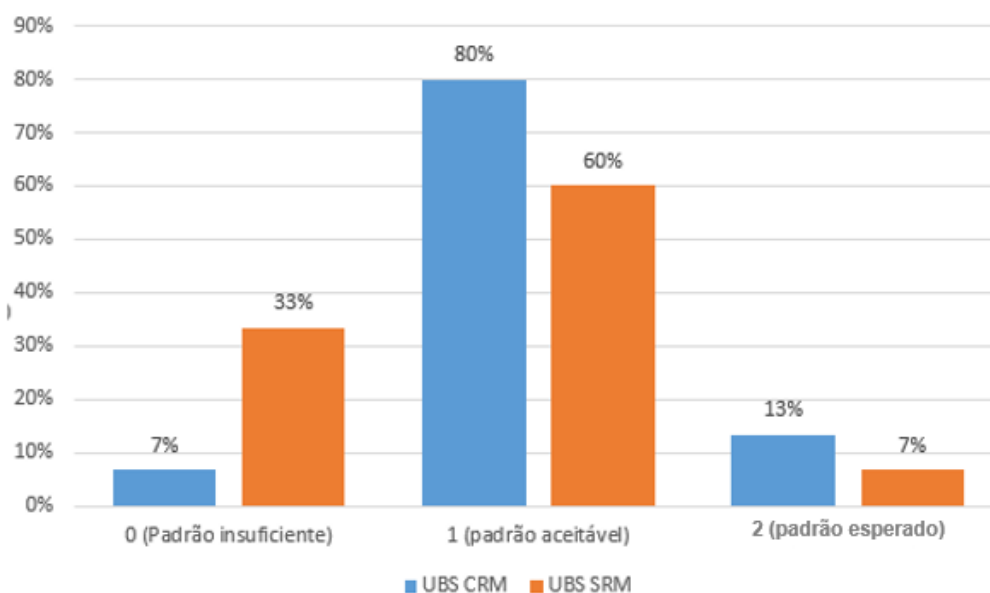


Figura 8: Análise do Domínio Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

No Domínio Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social os indicadores que se destacaram nas UBS com residência foram Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de notificação compulsória e Público alvo das ações de DST/AIDS (Tabela 6).

Tabela 6. Quesitos relativos ao Domínio Atenção a agravos de relevância epidemiológica e social, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
	75	Ações de vigilância em casos de Doenças ou Agravos de notificação compulsória	2	2
	76	Público alvo das ações de prevenção de DST e aids	2	1
	77	Critério para dispensação de preservativos masculinos	1	1
	78	Ações em casos sugestivos de DST/aids	1	0
	79	Ações em casos negativos para HIV e hepatites B e C	0	0
Atenção a agravos de	80	Ações em casos positivos para HIV e hepatites B e C	1	0
	82	Ações em casos positivos para sífilis	1	0

relevância epidemiológica e social (15)	83	Ações em casos suspeitos ou confirmados para tuberculose	1	1
	85	Ações na atenção a pessoas com deficiência	1	1
	86	Ações na atenção à saúde do trabalhador	1	1
	87	Ações em caso de acidentes de trabalho com material biológico	1	1
	88	Ações em casos de uso abusivo de álcool	1	1
	89	Ações em casos de uso abusivo de outras drogas exceto álcool	1	0
	90	Ações na atenção às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental	1	1
	91	Controle do uso crônico de benzodiazepínicos	1	1

Este domínio está relacionado com indicadores de ações de vigilância em saúde do dia-a-dia da unidade como prevenção e assistência de doenças e agravos de notificação compulsória, saúde do trabalhador e saúde mental, que contribuem para minimizar riscos e vulnerabilidade (CASTANHEIRA et al., 2014).

Muito embora os resultados deste domínio nesta pesquisa tenha sido satisfatório, com exceção das Ações em casos negativos para HIV e hepatites B e C, esta prática precisa ser aprimorada.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria n.204 de 17 de fevereiro de 2016 dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública dada a sua importância, e também mantém ativo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente à três esferas de Governo.

Cabe à unidade básica em conjunto com a equipe de vigilância realizar as ações junto à comunidade ou mesmo público vulnerável, por busca ativa e educação em saúde para prevenção e diagnóstico precoce dos agravos prevalentes em cada região.

Também integrante deste domínio as Ações na atenção à saúde do trabalhador, pois confere aos serviços de Atenção Básica, conhecerem as atividades produtivas de seu território e identificarem o perfil ocupacional da população, identificar potenciais riscos e impactos sobre a saúde dos trabalhadores, propiciando ações educativas para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Esses dados captados pela epidemiologia são muito importantes dentro das políticas de saúde descentralizadas do SUS, uma vez que as estatísticas locais permitem diagnosticar populações e fatores de risco e conter de maneira efetiva, favorecendo até o comprometimento de investimento no setor.

4.5.3 Seguimento Programático

Este domínio refere-se às ações planejadas direcionadas a segmentos específicos definidos pelas especificidades de cuidados e medidas técnico-assistenciais que exigem, com a utilização de indicadores que representem a ações no cuidado individual ao coletivo, e foram agrupados em quatro subdomínios: Saúde da Mulher; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa, e Saúde Bucal (CASTANHEIRA, 2016).

4.5.3.1 Saúde da Mulher

Neste Subdomínio observa-se que 28% dos indicadores nas UBS com PRMMGFC foram avaliadas com *score* 2 enquanto as UBS sem o PRMMGFC apresentaram 0% de *score* 2 (Figura 9). Foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p = 0.04270$.

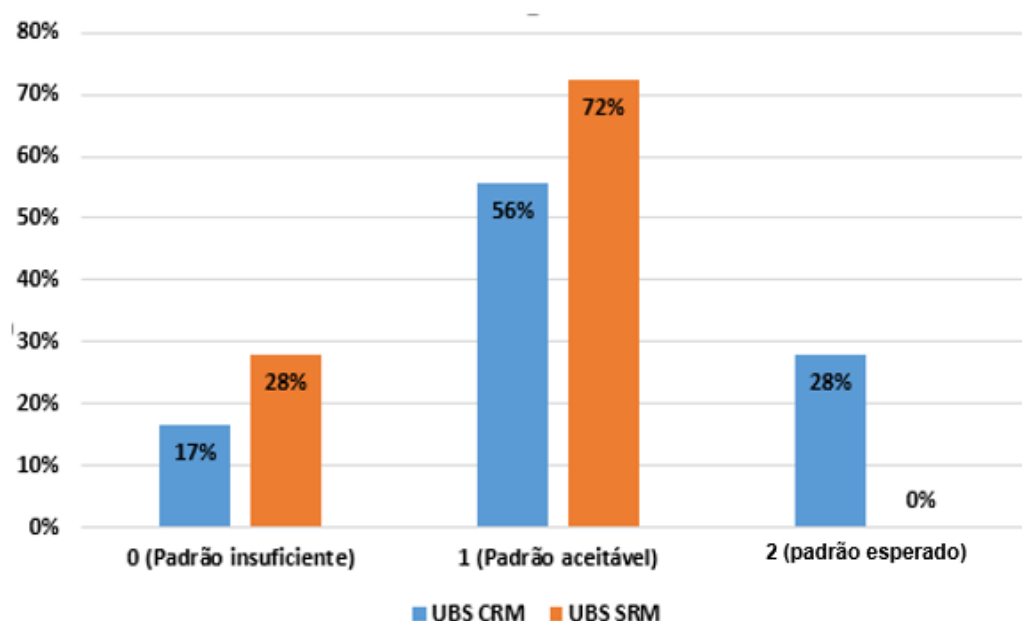


Figura 9: Análise da Subdimensão Saúde da Mulher das UBSs com e sem RMSFC, Gurupitô, 2018.

Sobre à Sub Dimensão Saúde da Mulher os quesitos que se destacaram nas UBS com o programa foram Ações para a saúde da mulher, Critérios para coleta de Papanicolau, Média de consultas de Pré Natal por gestantes de baixo risco, Ações de rotina no Pré-Natal, Ações desenvolvidas no puerpério tardio (Tabela 7).

Tabela 7. Quesitos relativos à Subdimensão Saúde da Mulher, segundo número da questão correspondente nas UBSs com e sem PRMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Saúde da Mulher (18)	32	Ações para a saúde da mulher	2	1
	33	Critérios para coleta de Papanicolaou	2	1
	34	Critérios para realização do exame clínico de mamas	1	1
	35	Critérios de solicitação de mamografia	1	1
	36	Comunicação do resultado do teste de gravidez	0	0
	37	Proporção de gestantes com Início do Pré Natal no primeiro trimestre	0	0
	38	Média de consultas de Pré Natal por gestantes de baixo risco	2	0
	39	Exames solicitados no Pré Natal de baixo risco	1	1
	40	Ações de rotina no Pré Natal	2	1
	42	Estratégias de educação em saúde para gestantes	1	1
	43	Ações nos casos de gestação de alto risco	1	0
	44	Estratégias para o tratamento de gestantes com sífilis	1	1
	45	Pré Natal de gestantes com HIV	1	1
	46	Ações desenvolvidas no puerpério imediato	1	1
	47	Ações desenvolvidas no puerpério tardio	2	1
	48	Casos de sífilis congênita nos últimos três anos	0	0
	49	Estratégias para detecção de situações de violência contra a mulher	1	1
	50	Ações em casos de mulheres em situação de violência	1	1

No estudo realizado em uma UBS com residência em medicina de família e comunidade no município de Gurupi, observou-se que manter registros detalhado dos dados nos prontuários e cartões das gestantes, bem como o uso de métodos avaliativos são indispensáveis para o aprimoramento de captação precoce das gestantes e da conscientização da população sobre a importância do início precoce do acompanhamento pré-natal, assim como a importância de realizar estratégias que envolvam o acolhimento e o reconhecimento das necessidades de saúde, contribuiu com o estabelecimento de vínculos da gestante com a equipe de saúde (MAYOR et. al., 2018).

A diversidade de ações ofertadas com regularidade na atenção à saúde da mulher contribuiu para que as mulheres reconheçam a unidade básica de saúde como local de acolhimento e orientação para diversas necessidades.

Destaca-se a amplitude do tema saúde da mulher, que permeia temas transversais, e que durante o acompanhamento pré-natal, ou outras situações podem ser percebidas questões relativas à sexualidade ou violência doméstica, onde a equipe precisa estar preparada de forma qualificada para o atendimento.

Diante dessa temática tão importante e atual, foi elaborado e submetido um artigo (ANEXO G) baseado nos dados referentes aos indicadores de violência contra a mulher, apresentando estatisticamente a diferença item a item dos indicadores entre as unidade com e sem o programa.

4.5.3.2 Saúde da Criança e do Adolescente

Sobre este subdomínio, 10% dos quesitos nas UBS com PRMMGFC foram avaliados com *score* 2, enquanto as UBS sem o PRMMGFC apresentaram 0% de *score* 2 (Figura 10). Não foi observado diferença estatística através do teste ANOVA com valor de $p = 0.06270$.

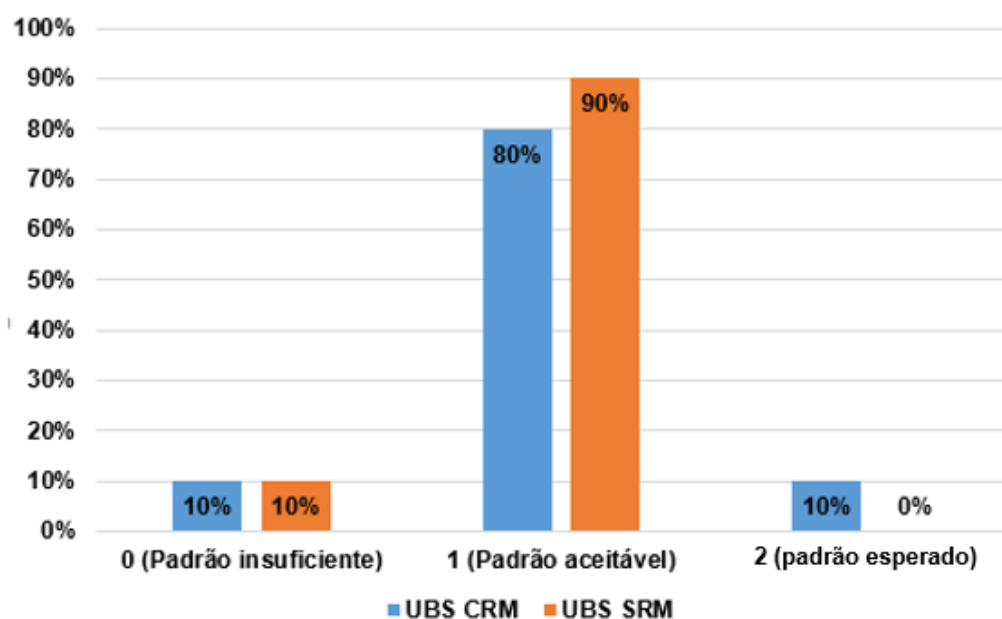


Figura 10: Análise do Subdomínio Saúde da Criança e do Adolescente das UBS com e sem PRMSFC, Gurupi-TO, 2018.

No tocante ao tema Saúde da criança e do adolescente os quesitos que se destacaram com *score* (2) nas UBS com PRMFC foi apenas Ações na atenção a criança (Tabela 8).

Isto evidencia de fato que há necessidade de apresentar estratégias a serem implantadas, novamente avaliadas para que reflita numa melhora desta prática.

Os quesitos avaliam a organização de ações voltadas a esse grupo, de modo a responder a suas especificidades, segundo orientações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança na qual apresenta a APS como coordenadora do cuidado à criança, é ponto central desse processo e são descritos como eixos estratégicos a promoção e

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, aleitamento materno e alimentação saudável, atenção a crianças com agravos e doenças crônicas, com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Tabela 8. Quesitos relativos à Subdimensão Saúde da Criança e do Adolescente, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Saúde da Criança e do Adolescente (10)	51	Ações na atenção à criança	2	1
	52	Rotina do seguimento programático na atenção à criança	1	1
	53	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido	0	0
	54	Ações desenvolvidas em instituições para crianças	1	1
	55	Diversidade de espaços na comunidade para atenção à criança	1	1
	56	Ações na atenção ao adolescente	1	1
	57	Diversidade de temas abordados na comunidade para atenção ao adolescente	1	1
	58	Diversidade de locais para ações de atenção ao adolescente	1	1
	59	Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes	1	1
	60	Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência	1	1

Entretanto, no quesito Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido, o padrão foi insuficiente (*score* 0) em ambos os grupos.

Os serviços prestados pela APS são vistos como ordenadores do acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. Deve-se obter constância, uma vez iniciada a atenção na APS, para que o vínculo entre usuário e profissional não seja prejudicado (SILVA; VLERA, 2014).

A integralidade da atenção à criança é um processo dinâmico e em construção na APS, com apoio nos serviços da ESF. Entretanto, consiste em um modelo que ainda precisa de mudanças importantes na estrutura do serviço e no perfil dos profissionais para sua efetividade (DAMASCENO et al., 2016).

Desta forma, é recomendado que a unidade garanta a precocidade do primeiro atendimento ao recém-nascido, de forma que possa possibilitar a identificação de condições de risco e promover ações de prevenção de agravos à saúde da criança, aumentando o vínculo, e recebendo as orientações necessárias para o acompanhamento na unidade com registros no cartão da criança até seus 10 anos de idade (CASTANHEIRA et al, 2016).

O que muitas vezes é visto com relação a assistência prestada a criança nas unidades de saúde é que devido à grande dificuldade em obter uma assistência adequada, as famílias acabam por buscar outros serviços de pronto atendimento, com a finalidade de resolver o problema de saúde da criança (SILVA; VLERA, 2014).

Em um estudo utilizando o questionário QualiAB em municípios do interior de São Paulo, Castanheira et al. (2014) verificou bom desempenho de indicadores de assistência como início do pré-natal no primeiro trimestre e em contra partida um mau desempenho de outros indicadores no mesmo programa, como os exames de pré-natal solicitados de rotina. Uma realidade encontrada em muitos municípios do Brasil, onde em outro estudo indicava o início precoce do acompanhamento das gestantes que ocorria em condições de baixa qualidade técnica do cuidado (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Este item de Saúde da Criança e Adolescente, constitui de fato como um desafio para a melhoria da qualidade dos serviços de ABS, em seus diferentes modelos organizacionais (OLIVEIRA et al., 2013).

Neste estudo, observou-se que Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido foi o quesito pior avaliado, necessitando de ações e estratégias urgentes neste sentido.

Quanto a saúde do adolescente, foi observado por Duarte et al (2014) que não é reservado um dia específico para o atendimento aos adolescentes e muitos profissionais de nível médio desconhecem as ações educativas que podem ser implementadas nas unidades de saúde aonde atuam, também o aconselhamento é outro fator importante a ser considerado, já que é um método que favorece a prevenção de doenças e agravos, assim como o incentivo aos hábitos saudáveis.

Diante de sua vulnerabilidade, os adolescentes constituem uma das maiores preocupações dos serviços da APS, e ao criar novos modelos de atendimento pode-se contribuir para um vantajoso recurso para a promoção da saúde. O acolhimento e a formação de grupos para atendimento em conjunto, constitui uma maneira de atrair jovens de várias idades, tornando esta estratégia como a “porta de entrada” para outros atendimentos (OLIVEIRA; FARIA, 2015).

Para Castanheira et al. (2014) observou também que os indicadores de pior desempenho apontam menor incorporação de ações programadas voltadas a adolescentes e idosos.

4.5.3.3 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

Sobre este Subdomínio verificou-se que 15% dos quesitos nas UBS com PRMSFC foram avaliadas com *score* 2, enquanto as UBS sem apresentaram 0% de *score* 2 (Figura 11). Não foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p = 0,0843$.

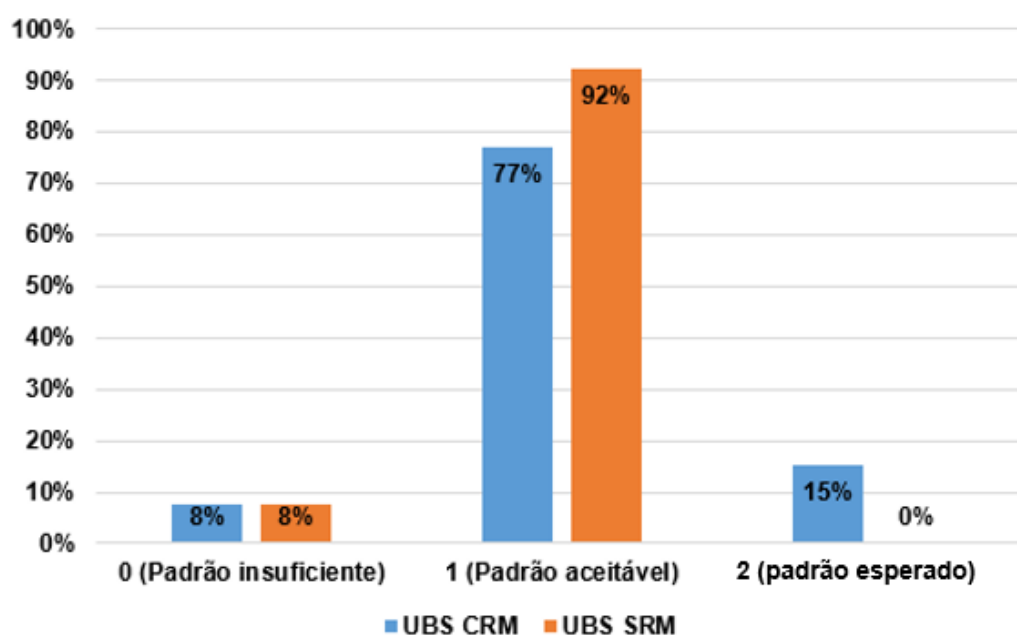


Figura 11: Análise do Subdomínio Saúde do adulto e da pessoa idosa das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

Somente os indicadores Ações na atenção aos adultos e Exames de rotina para pessoas com hipertensão arterial obtiveram *score* 2 nas unidades com residência (Tabela 9). O quesito Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados apresentou *score* 0 em ambos os grupos.

Conforme observado também nos estudos de Castanheira et al. (2014) que encontrou piores indicadores nas ações programadas voltadas aos idosos.

O padrão adotado para Ações na atenção aos adultos é de que a Unidade precisa desenvolver ações regulares destinadas a inúmeros conjuntos de condições de maior prevalência na população adulta.

São inúmeras as condições, mas principalmente crônicas e degenerativas que afetam essa população. As políticas permeias contribuições para aumento na expectativa e qualidade de vida por meio de uma rede articulada que atenda às necessidades da população.

Com amplas discussões sobre o ônus que as doenças crônicas implicam em sistemas de saúde em todo o mundo e como não são capazes de limitar essas condições, apenas tratar os

sintomas dessas doenças, ainda estima-se que essas doenças serão por volta de 2020 responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2017).

As doenças cardiovasculares são as principais causa de morte no mundo. Para indivíduos com doenças cardiovasculares ou com risco é fundamental o diagnóstico e tratamento precoce, por meio de serviços de aconselhamento ou manejo adequado de medicamentos (OPAS, 2017).

Tabela 9. Quesitos relativos à Sub Dimensão Saúde do adulto e da pessoa idosa, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Saúde do adulto e da pessoa idosa (13)	61	Ações na atenção aos adultos	2	1
	62	Ações de rotina para pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1	1
	63	Estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1	1
	64	Atenção programada para pessoas com hipertensão arterial	1	1
	65	Exames de rotina para pessoas com hipertensão arterial	2	1
	66	Atenção programada para pessoas com diabetes tipo II	1	1
	67	Exames de rotina para pessoas com diabetes tipo II	1	1
	68	Ações programadas para a saúde do homem	1	1
	69	Ações na atenção aos idosos.	1	1
	70	Estratégias para detecção de violência contra idosos	1	1
	71	Ações em casos de idosos em situação de violência	1	1
	72	Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados	0	0
	73	Ações para o cuidado de pessoas acamadas	1	1

Mediante a importância das doenças crônicas, em 2011, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis objetivando promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de forma efetiva, integrada, baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2011).

Partindo de que quase 40% dos idosos possuem uma doença crônica e 29,8% possuem duas ou mais comorbidades como diabetes, hipertensão ou artrite. E, ainda, partindo do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros - ELSI-Brasil, cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica. Alguns indicadores apontam que em 2050 no mundo terá o mesmo número de jovens e de idosos (BRASIL, 2018).

Por isso há necessidade de dar mais atenção a esses quesitos, mesmo que em padrão aceitável, recomenda-se seguir as normativas de políticas pública preconizadas pelo Ministério da Saúde, seja como registros, ações e atividades rotineira na equipe, bem como a importância da avaliação, para melhor planejar e conseqüentemente prover melhores resultados.

4.5.3.4 Saúde Bucal

Neste Subdomínio constatou-se que as unidades com e sem o PRMMFC apresentaram score 1 para todos os itens (Figura 12). Não foi observado diferença estatística pelo teste ANOVA com valor de $p = 0.1000$.

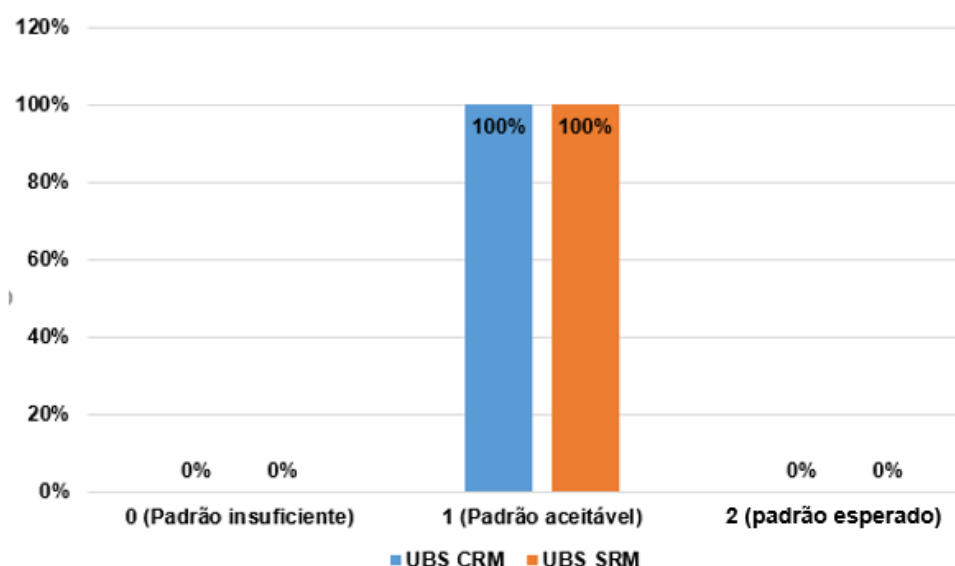


Figura 12: Análise da Sub Dimensão Saúde Bucal das UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

A inclusão de ações em saúde bucal de modo continuado no âmbito da Atenção Básica é relativamente recente, mas encontra-se em ascensão nos últimos anos devido a incorporação de profissionais de saúde bucal nos serviços da APS organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família. De acordo com os princípios do SUS, a população da abrangência da unidade deve ter acesso ao atendimento odontológico, incluindo pessoas de todas as faixas etárias, respeitando-se as necessidades de cada caso e grupo populacional (CASTANHEIRA, 2016).

O foco principal das equipes de saúde bucal na ESF é promover a saúde bucal, controlar e tratar as doenças bucais, dando prioridade aos casos aonde predominam a dor e a infecção. Além disto, as ações de saúde bucal devem ser orientadas pelas diretrizes e princípios do SUS, buscando ampliar o acesso da população, como forma de resolver os problemas de

saúde-doença e intervir nos aspectos determinantes de saúde. Os incentivos financeiros concedidos pelo Ministério da Saúde, foram os motivos para a implantação das equipes de saúde bucal na APS, com o propósito de oferecer a população melhoria na saúde bucal e reorganizar ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (MATTOS et al., 2014).

Os quesitos no item saúde bucal receberam *score* 1 em todas UBS (tabela 10).

Tabela 10. Quesitos relativos ao Subdomínio Saúde Bucal, segundo número da questão correspondente nas UBS com e sem RMSFC, Gurupi-TO, 2018.

ITEM	QUESTÕES	QUESITOS	UBS CRM	UBS SRM
Saúde Bucal (03)	93	Público alvo da assistência odontológica	1	1
	94	Ações da equipe de saúde bucal	1	1
	95	Procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal	1	1

Dados no Ministério da Saúde apontam que a cobertura de primeira consulta odontológica programática não sofreu variações significativas de 2011 a 2015, oscilando entre 13,3 a 14,9 %, mas em 2016 houve redução de 14,6% para 10,2% (BRASIL, 2017).

Esses e outros resultados indicam a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção e ações de promoção e prevenção de acordo com as necessidades regionais.

A promoção de saúde bucal está inserida num contexto amplo de saúde, com necessidades reais da integração na equipe nas práticas de saúde coletiva. As práticas de saúde bucal, a partir de dados epidemiológicos, vêm se reestruturando com o intuito de diminuir as iniquidades e dar respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde bucal da comunidade usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, as ações de atenção, promoção e prevenção à saúde devem ser avaliadas para que sua efetividade, eficiência e eficácia possam ser comprovadas e ampliadas para outras regiões (MEYER; SAINTRAIN, 2013).

É notória a importância de se conhecer a realidade de saúde populacional para a implementação das ações e os serviços odontológicos (NEVES; GIORDANI; HUGO, 2017). Mesmo com a expansão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na APS, os atendimentos em saúde bucal ainda são insuficientes, caracterizado por baixa cobertura de procedimentos curativos, procedimentos preventivos e de urgência (BULGARELI et al., 2014).

Desta forma, evidencia a importância de aprimorar este quesito no âmbito da ABS no município de Gurupi, pois permitiu conhecer a organização dos serviços de atenção básica municipal e visualizar, pela percepção dos servidores, a própria prática realizada no serviço, enquanto membro da equipe avaliada.

5 CONCLUSÃO

O Programa de Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade da Universidade de Gurupi promove melhoria na qualidade das ações da Atenção Básica de Saúde, realizadas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Gurupi-TO.

Considerando todos os 101 indicadores do questionário QualiAB 2016, houve diferença significativa entre as Unidades Básicas de Saúde com e sem Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, sendo que alguns aspectos contribuíram mais para esse diferencial, como é o caso do item *Educação em Saúde e Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos*. Por outro lado, no entanto, outros quesitos puxaram o diferencial para baixo, com destaque para os itens *Saúde do Adulto e da pessoa Idosa, Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde Bucal*, evidenciando a necessidade de análises mais apuradas e medidas corretivas que sejam monitorados e reavaliados frequentemente, no processo de aprimoramento da gestão local e na maior cooperação e fortalecimento da integração ensino, serviços de saúde e comunidade

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa contribuiu para a formulação de uma proposta de acompanhamento e aprimoramento dos indicadores de saúde no município por meio de avaliação externa em parceria com a COREME.

A ideia apresentada na inicial, serviu ao mesmo tempo para motivar e possibilitar a formulação de um Projeto, que foi proposto e aprovado com financiamento pelo PPSUS-TO, iniciativa que certamente constituirá oportunidade para ampliar e aprofundar a análise dessa temática e, até mesmo, possibilitar alguma adaptação, às necessidades e realidade regional, do “Cadernos de Boas Práticas para Organização de Serviços de Atenção Básica de Saúde – Critérios, padrões e indicadores, utilizados pelo sistema QualiAB 2016. E ainda, já estão sendo pensados alguns pontos como consequência desse trabalho, como artigos na temática de “Violência sexual contra mulher”, “Amplitude da abordagem da Saúde da Criança e do Adolescente” e ainda, na “Educação em Saúde” no programa de Saúde do Adulto e pessoa Idosa”.

Do ponto de vista imediato e concreto, a “devolutiva” (poderá ser uma “Oficina”) que pretende-se realizar para os atores da UNIRG e da SMS de Gurupi, envolvidos neste estudo, poderá representar, também, outra oportunidade de ampliar essa discussão e de utilizar os diferentes dados e resultados para o aprimoramento das ações de saúde no âmbito da Atenção Básica de Saúde, bem como para fortalecer a integração Ensino, Serviços de Saúde e Comunidade, favorecendo, assim, a continuação do PRMSFC e consequente qualificação de profissionais médicos que serão absorvidos pelos serviços de outras UBS.

A iniciativa por tal pesquisa, consistiu em um grande desafio, tendo em vista as lacunas abertas dessa temática e a escassez de estudos dessa natureza, da atuação dos Programas de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade como melhoria da Atenção Básica de Saúde.

Trata-se, portanto, de um trabalho que fornece subsídios para abrir novos caminhos, debates ou estudos entres as diferentes modalidades de Residências (Médica e Multiprofissional) no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Contra a reformulação da PNAB- nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**, 2017. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>> Acesso em: 20/10/2018.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.

AUGUSTO, D.K., et. al. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.13, n.40 p.1-4, 2018.

BERGER, C.B. et al. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.12, n.39, p.1-10, 2017.

BOAS, G.D.L.V.; PEREIRA, D.V.R.; SANTOS, E.K.A. **A reforma da política nacional de atenção básica: mais um golpe contra o SUS**. In: Seminário Frente Nacional Contra A Privatização da Saúde. Maceió. Anais 7º Seminário Frente Nacional Contra A Privatização Da Saúde. Maceió: ForumSUS, 2017.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**. v. 20, n.4, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Cadernos de informação técnica e memória do CONASS. Planejamento, Gestão e Avaliação de Políticas Públicas em Saúde. n.30. Anexo 8. S/D. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-30/>. Acessado em: 20/11/18.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281 de 05/09/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06/09/1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. AMAQ. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2018. Disponível em: < <http://amaq.lais.huol.ufrn.br/>> Acesso em: 27/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da saúde. **Estratégia Saúde da Família: sobre o programa**. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>> Acesso em: 27/10/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde**, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf> Acesso em: 26 de julho de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1248 de 24 de junho de 2013**. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html> Acesso em: 26 de julho de 2017.

_____. Ministério da saúde. **Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21/09/2017.

_____. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php> Acesso em: 27/10/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ 2.ed.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>> Acesso em: 01/12/2018.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>> Acesso em: 20/10/18.

_____. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.2, p.383-391, 2014.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3139-3147, 2010.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014.

_____, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.935-947, 2011.

_____, E.R.L. Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB [recurso eletrônico] - Botucatu: UNESP-FM, 2016. ePUB. Disponível em: www.abasica.fmb.unesp.br

CASTRO, V.S.; NÓBREGA-TERRIEN, S.M.N. Residência Médica de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.33, n.2, p.211-220, 2009.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.34, n.8, 2018.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, S.M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7):2147-2156, 2013.

CRUMPTON, C.D. et al. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: análise da pesquisa nos últimos 10 anos. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro v. 50 n.6. p.981-1001, 2016.

DAMASCENO, S.S. et. al. **Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.9, p.2961-2973, 2016.

DAVID, G.C.; SHIMIZU, H.E.; SILVA, E.N. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.39, n. especial, p. 232-245, 2015.

DE LACERDA, W.A; SANTIAGO, I.M.F.L. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba**. *Revista Katálysys*, Florianópolis, v.10 n.2 p.197-205, 2007.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. v.59, n.1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**. Morelos, v.35, n. 1, p. 94-7, 1993.

DUARTE, S.J.H. et al. **Atuação multidisciplinar à saúde do adolescente na atenção primária à saúde**. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR*. Umuarama: v. 18, n. 1, p. 23-26, 2014.

EGRY, E.Y., et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, n. Esp 2, p.1181-6, 2009.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v.34, n.2, p.207-215, 2010.

FRACOLLI, L.A., et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.45, n.5, p. 1135-42, 2011.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30 n.12 p.2643-2655, dezembro, 2014.

GALAVOTE, H.S., et. al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.38, n.8, 2018.

GONZAGA, V.A.S. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da**

USP, São Paulo, 2017.

HARTZ, Z.M.A., ORG. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/gurupi/panorama>. Acesso em: 29/11/ 2018.

JUSTINO, A.L.A.; OLIVER, L.L.; MELO, T.P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.5, p. 1471-1480, 2016.

LIMA, E.F.A. et al. Avaliação a Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.275-280, 2016.

MACIAZEKI-GOMES, R.C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1637-1646, 2016.

MALTA, D.C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.2, p.327-338, 2016.

MARINHO, A.M.S. **Competências Pedagógicas da Preceptoría Médica No Tocantins, Sob O Olhar Do Residente**. 2018. 83f. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional e Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins. Palmas, 2018.

MARTINS, R.A.S. A educação em saúde no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, 2017.

MATTOS, G.C.M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.2, p. 373-382, 2014.

MAYOR, M.S.S. et al. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**. v.10, n.1, 2018.

MEYER, A.P.G.F.V; SAINTRAIN, M.V.L. Reflexões sobre a saúde bucal no Brasil. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**. Fortaleza, v.26, n.4, p.451-452, 2013.

MÓNICO, L. S. et al. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Atas CIAIQ**, v.3, 2017.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v.42, n.116, p.11-24, 2018.

NASCIMENTO, R.C.R.M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. v.51, p. 2:10, 2017.

NEMES, M.I.B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p.310-312, 2004.

NEVES, M.N.; GIORDANI, J.M.A.; HUGO, F.N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciências e Saude Coletiva**, 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atencao-primaria-a-saude-bucal-no-brasil-processo-de-trabalho-das-equipes-de-saude-bucal/16373?id=16373>. Acesso em: 04/12/2018.

OLIVEIRA, A.E.F.O.; REIS, R.S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em**

saúde. São Luís, 2016.

OLIVEIRA, F.M.; FARIA, C.C.C. A atuação de enfermeiros e equipes de Saúde da Família na assistência à saúde dos adolescentes. **Perquirere**, v.12, n.1, p.124-136, 2015.

OLIVEIRA, M.P.R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.40, n.4, p. 547-559, 2016.

OLIVEIRA, R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, MARIANA POLICENA ROSA et. al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Brasília, v.40, n.4, p.547-559, 2016.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Países assinam declaração para atingir cobertura universal de saúde. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/paises-assinam-declaracao-para-atingir-cobertura-universal-de-saude/> Data de acesso:28/10/18.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS. Brasília, 2018. Disponível em: < <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>>. Acessado em: 27/10/18.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Indicadores de Saúde: Elementos Conceituais e Práticos (Capítulo 1). Brasília, 2018. Disponível em:< https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&Itemid=270&lang=pt>. Acessado em: 30/11/18.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista Escola Enfermagem USP** [online]. v.44, n.4, p. 1024-1031, 2010.

PORTAL BRASIL. Ministério da Saúde. Nova Política Nacional de Atenção Básica entra em vigor. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/09/nova-politica-nacional-de-atencao-basica-entra-em-vigor>>. Acesso em: 10/10/18.

PRADO JÚNIOR, J.C. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: v.10, n.34, 2015.

REIS, A.T.; OLIVEIRA, P.T.R.; SELLERA, P.E. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2012.

ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde: em tempos líquidos. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.3. p. 1011-1031, 2015.

SHIKASHO, L. **Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde**. 2013. 211f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

SILVA, T.R.; MOTTA, R.F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção

básica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v. 23, n. 2, p. 17-25, 2015.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola e Enfermagem da USP**. v.42, n.1, p. 48-56, 2008.

SILVA, R.M.M.; VLERA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.67, n.5, p. 794-802, 2014.

SOUZA, R.O.A.; MACHADO, C.V.; NORONHA, M.F. Desafios da Gestão Municipal de Atenção Básica em Saúde no Brasil: Um estudo de caso. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 18, n. 2, 2015. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2476>. Acesso em 09/09/2018.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; DORNELLES, S.; LERENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: Uma Inovação Tecnológica em Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

STORTI, M.M.T.; OLIVEIRA, F.P.; XAVIER, A.L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Comunicação Saúde Educação**. v. 21, n. 1, p. 1301-13, 2017.

TANAKA, O.Y. Avaliação da Atenção Básica em saúde: uma nova proposta. São Paulo: **Revista Saúde Sociedade**. V.20, n.4, 2011.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA, D.S. **Residência Médica de Família e Comunidade no Rio de Janeiro: o lugar do cuidado na estrutura curricular**. 2009. 136f. Dissertação (mestrado) – UFRJ/NUTES, Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

TERRA, A.M.S. **Análise do potencial para implantação de um Parque Tecnológico no município de Gurupi-TO**. 2012. 145f. Dissertação (mestrado) – UNITAU, Programa de Pós Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional, Taubaté, 2012.

VENÂNCIO, S.I. et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família-AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008.

ZAMBON, Z.L.L. **Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos programas de residência em medicina de família e comunidade: um paradoxo?** 2015. 199f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.) – Universidade Federal do Estado de São Paulo, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior, São Paulo, 2015.

ZARILI, T. F. T. **Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB**. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

ZERMIANI, T.C. **Contratos de gestão e avaliação por resultados no setor público da saúde: a experiência no processo de trabalho na atenção primária no município de Curitiba-PR**. Dissertação (mestrado) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Curitiba, 2017.

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO SEMUS



Campus I: Alameda Madrid, nº 545, Jardim Sevilla, CEP 77410-470, Telefone: (63) 3612-7500
 Centro administrativo: Rua Antônio Lisboa da Cruz, nº 1340, Centro, CEP 77402-110, Telefone: (63) 3612-7515



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GURUPI-TO

A/C Secretário de Saúde,
 Sr. Vânio Rodrigues de Souza

Prezado Gestor,

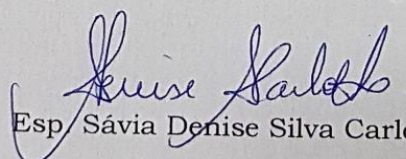
Eu, **Sávia Denise Silva Carlotto Herrera**, professora do curso de fisioterapia e mestranda do **Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde – UFT**, solicito autorização para realização da pesquisa intitulada: **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PROMOVE MELHORIA NA ATENÇÃO BÁSICA?** sob orientação do **Dr. Neilton Araújo de Oliveira/ UFT**.

Esta pesquisa será realizada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e vinculada a Chamada FAPT/TO-DECIT/SCTIE/MS-CNPq n.01/2017 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS/TO.

Tem por objetivo avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica nas unidades de saúde com e sem o Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMMGFC) no município de Gurupi-TO, com intuito de apontar possíveis melhorias a serem feitas e contribuir para o desenvolvimento local.

Solicitamos ainda, uma lista com o endereço de cada unidade básica de saúde deste município, bem como o nome dos membros componentes de cada equipe técnica de saúde da família.

Gurupi-TO, 07 de Agosto de 2017.


 Esp. Sávia Denise Silva Carlotto Herrera

Recebido em 08/08/2017
 Autorizo a realização

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O TCLE respeita a pessoa e sua autonomia, permitindo ao indivíduo decidir se quer e como quer contribuir para a pesquisa”. (Res. nº. 466/2012).

Prezado (a) Senhor (a), a acadêmica do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFT, docente da UnirG e pesquisadora responsável Sávía Denise Silva Carlotto Herrera, solicita sua colaboração no sentido de que faça parte de uma pesquisa que será desenvolvida sob a nossa supervisão. Junto com este convite para sua participação voluntária estão explicados a seguir todos os detalhes sobre o trabalho que será desenvolvido para que entenda sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos: **Título: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PROMOVE MELHORIA NA ATENÇÃO BÁSICA?**

O objetivo do estudo é Avaliar o impacto do Programa de Residência em Medicina de família e Comunidade na melhoria da atenção básica em saúde de Gurupi-TO. O presente trabalho mostra-se necessário para se identificar a qualidade da atenção básica oferecida aos usuários do SUS na cidade de Gurupi-TO. Para assim, verificar se há necessidade de melhoria da qualidade da atenção à saúde no Estado do Tocantins, no contexto do SUS e promovendo contribuição para o desenvolvimento local.

O estudo será realizado a partir de novembro de 2017 e a pesquisadora abordará os profissionais componentes da equipe técnica da atenção básica que serão convidados no seu próprio posto de trabalho, a participar da pesquisa sendo esclarecido o motivo e como será realizada a mesma, posteriormente caso aceitem assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a seguir receberão o questionário autoaplicável composto por 115 questões, os dados coletados serão empregados exclusivamente para os propósitos da pesquisa realizada, sem nome de identificação.

Serão incluídos na pesquisa todo os membros da equipe de saúde da família que assinarem o TCLE, de ambos os sexos, sem limite de idade que estiverem na lista emitida pela SEMUS Gurupi-TO. O risco mínimo de constrangimento ocorrerá se o entrevistado se sentir envergonhado para responder ao questionário, caso isso ocorra, poderá deixar a pesquisa em qualquer momento sem ônus e os dados registrados serão arquivados somente com os pesquisadores.

Os voluntários esperam como os benefícios do estudo obter uma resposta quanto ao trabalho prestado a comunidade na perspectiva do trabalhador e alertando-os dos possíveis itens a melhorar.

Enquanto durar a pesquisa, e sempre que necessário, será esclarecido sobre cada uma das etapas do estudo telefonando ou nos procurando a qualquer momento durante as 24 horas do dia nos telefones ou endereços abaixo descritos, onde nós estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos. Está absolutamente livre para, a qualquer momento, desistir de participar, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Fica claro que as informações conseguidas através da sua participação nesta pesquisa poderão contribuir para elaboração de nosso artigo científico. Nós pesquisadores garantimos sua total privacidade, não sendo expostos os seus dados pessoais ou sua família.

Assumimos o compromisso de trazer-lhe os resultados obtidos na pesquisa assim que o estudo for concluído e aproveitamos para informar que a sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária não havendo qualquer previsão de indenização ou ressarcimento de despesas, que correrão sob nossa responsabilidade. Esperando tê-lo informado de forma clara, rubricamos todas as páginas do presente documento que foi elaborado em duas vias sendo uma delas destinada ao voluntário. Contatos: Esp. Sávía D. S. C. Herrera Fone: (63)99843120, Dr. Neilton Araújo de Oliveira Fone: (61) 99992-6208 e Dr. Marcos Gontijo da Silva Fone: (63) 98126-9197.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado e esclarecido o sobre a minha participação na pesquisa. Estando de posse de minha capacidade psíquica e legal, concordo em participar do estudo de forma voluntária. Assinando este documento em duas vias com todas as páginas por mim rubricadas.

Nome

completo:.....Assinatura:.....

RG do voluntário:.....

Gurupi, ____ de ____ de ____.

APÊNDICE C - PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E TÉCNICAS DURANTE O MESTRADO

Modalidade	Título	Descrição	Ano
Anexo C Trabalho Técnico	Apresentação de Material didático Instrucional profissional de Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde	Oficina de Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde SEMUS/Gurupi-TO	2017
	Avaliador de Revista Científica	Revista Amazônia: Science & Health	2017
Anexo D Artigos publicados	Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em uma unidade de saúde da família com residência médica	Revista Cereus	2017
Anexo E Projeto com captação de recurso	PPSUS Programa de residência médica em saúde da família e comunidade promove melhoria na atenção básica de saúde	EDITAL PPSUS - 01/2017 - FAPT/TO - Decit/SCTI MS -CNPq - Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde	2017
Anexo F Apresentação de trabalhos em Congresso Científico	Educação em saúde: a visão dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde	4ª SICTEG Aguardando certificação	2017
	Autocuidado da saúde na percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade – Curitiba - PR	2017
	Percepção dos colaboradores de uma Unidade Básica em relação à Residência Médica.	14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade – Curitiba - PR	2017
Anexo G Artigos Submetidos	Impacto da residência de medicina da família e comunidade no atendimento a mulheres vítimas de violência	Revista Cereus (Quails B2-interdisciplinar) Submetido	2018

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS (CEP)

CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIRG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE PROMOVE MELHORIA NA ATENÇÃO BÁSICA?

Pesquisador: Sáva Denise Silva Carlotto Herrera

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73302917.4.0000.5518

Instituição Proponente: Fundação UNIRG/ Faculdade UNIRG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.255.519

Apresentação do Projeto:

Pesquisa tipo descritiva, transversal e retrospectiva que será realizada nas 13 unidades básicas da rede urbana de atenção básica do SUS no município de Gurupi-TO, onde seis unidades já possuem o PRMSFC e sete não, contando com apenas uma rural. O projeto iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (CEP) conforme resolução CNS 466/2012. Os profissionais das equipes de estratégia de saúde da família serão convidados a participarem da pesquisa, e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será entregue o instrumento auto-aplicável de avaliação e monitoramento de serviços de atenção básica QualiAB podendo ser impresso ou no formato eletrônico em Tablet Samsung®, validado por Castanheira et al. (2011). Os dados das UBSs que possuem o PRMSFC (grupo de estudo) serão comparados com as que não possuem o programa (grupo controle), com análise estatística descritiva calculando medidas de tendência central e aplicado o teste de qui-quadrado para verificar possíveis diferenças na qualidade dos serviços entre os grupos. O nível de significância de 5%, através do programa Bioestat 5.0. Espera-se que a pesquisa possa subsidiar o PRMSFC enquanto política do SUS, contribuindo com a gestão em saúde, visto a qualidade dos serviços ser indicador do atendimento efetivo e resolutivo aos usuários do SUS. Ampliam-se as possibilidades no campo decisório da gestão, com análise da viabilidade da ampliação destas redes de atenção e otimização

Endereço: Av. Rio de Janeiro nº 1585

Bairro: Centro

CEP: 77.403-090

UF: TO **Município:** GURUPI

Telefone: (63)3612-7645

Fax: (63)3612-7602

E-mail: cep@unirg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.255.519

de custos em saúde. Têm-se contribuições para formação do residente na especialidade e com produção científica, gerando ganhos para sociedade.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica do SUS em Unidades Básicas de Saúde com o PRMSFC no município de Gurupi-TO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Caracterizar a organização dos serviços de AB em UBSs com e sem o PRMMFC;

Delimitar o perfil de qualidade dos serviços de AB no Município de Gurupi, estado do Tocantins;

Comparar o grau de qualidade dos serviços da assistência prestada a população em UBSs com e sem o PRMMFC, analisando-as na perspectiva da RAS preconizada pelas políticas do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos aos participantes será mínimo e consistirá em incômodo pelo tempo dispendido ao preenchimento do questionário. Como forma para reduzir os riscos, os pesquisadores serão objetivos e diretos quanto a abordagem e explicação do preenchimento do formulário, tendo a opção de realizá-lo em dispositivo eletrônico.

Como benefícios os participantes serão os primeiros a receber a devolutiva correspondente aos resultados da pesquisa da RM na AB em Gurupi e possíveis impactos dos serviços prestados. Nos materiais de divulgação dos resultados, tais quais cartilhas e produção técnico-científicas, serão levados em conta os preceitos da resolução 466/2012 do CNS, visto a privacidade, sigilo e anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado, porém, com alguns erros gramaticais.

-A pesquisadora comenta na metodologia que o questionário terá 85 questões, no entanto, o questionário possui 126 questões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a resolução.

Endereço: Av. Rio de Janeiro nº 1585

Bairro: Centro

CEP: 77.403-090

UF: TO

Município: GURUPI

Telefone: (63)3612-7645

Fax: (63)3612-7602

E-mail: cep@unirg.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIRG



Continuação do Parecer: 2.255.519

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto segue as normas da resolução 466 não apresentando violações éticas quanto aos quesitos. Sendo assim, o projeto está aprovado por este comitê para a sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezados autores, os pontos e questionamentos assinalados no processo de relatoria foram descritos suficientemente, discutidos e votados pelos membros deste comitê. O projeto segue as normas da resolução 466, sendo assim está aprovado para a sua execução.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_977621.pdf	11/08/2017 11:09:24		Aceito
Outros	questionarioQualiAB.pdf	11/08/2017 11:07:50	Sávia Denise Silva Carlotto Herrera	Aceito
Outros	Autorizacao_para_Pesquisa_SEMUS.pdf	11/08/2017 11:05:48	Sávia Denise Silva Carlotto Herrera	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE_SAVIA.pdf	11/08/2017 11:03:09	Sávia Denise Silva Carlotto Herrera	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoABSavia.pdf	11/08/2017 11:02:48	Sávia Denise Silva Carlotto Herrera	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Savia.pdf	11/08/2017 10:50:48	Sávia Denise Silva Carlotto Herrera	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Rio de Janeiro nº 1585

Bairro: Centro

CEP: 77.403-090

UF: TO

Município: GURUPI

Telefone: (63)3612-7645

Fax: (63)3612-7602

E-mail: cep@unirg.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIRG



Continuação do Parecer: 2.255.519

GURUPI, 02 de Setembro de 2017

Assinado por:
Wataro Nelson Ogawa
(Coordenador)

Endereço: Av. Rio de Janeiro nº 1585

Bairro: Centro

CEP: 77.403-090

UF: TO

Município: GURUPI

Telefone: (63)3612-7645

Fax: (63)3612-7602

E-mail: cep@unirg.edu.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIO QUALIAB

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

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

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

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

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

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

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

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

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Profissional	N2 de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	N2 de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione um item para cada alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione um item para cada alternativa

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

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

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

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

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

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

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

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
 - 2) Hepatite B
 - 3) Hepatite A
 - 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
 - 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
 - 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
 - 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
 - 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
 - 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
 - 10) dT (dupla adulto)
 - 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
 - 12) Rotavírus Humano
 - 13) Febre Amarela
 - 14) Anti-rábica
 - 15) Influenza
 - 16) P10 (Pneumocócica 10)
 - 17) Pneumocócica23 valente
 - 18) Meningocócica C
 - 19) Vacina contra HPV
 - 20) Não realiza vacinação
-

20. Exames feitos e\ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

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

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

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

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III. 1 Educação em saúde

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

III.2 Organização da Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea")

são:

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

III.3 Saúde da Mulher

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas-

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione um item para cada alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

III.4 Saúde da Criança e do Adolescente

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

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

III.5 Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:
Selecione uma ou mais alternativas

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

71. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:
Selecione uma ou mais alternativas

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

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

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

III.7 Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

IV. GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

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

Selecione apenas uma alternativa

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

108. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local
- 11) **Outros - especifique:**
- 12) Não ocorreram reuniões

109. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FOR- MAÇÃO:

Selecione um item para cada alternativa

	<i>Não tem o profissional</i>	<i>Educação permanente</i>	<i>Cursos treinamentos presenciais</i>	<i>Cursos online/EAD</i>	<i>Especialização</i>	<i>Congressos</i>	<i>Não fez nenhuma capacitação</i>
<i>Médicos</i>							
<i>Enfermeiros</i>							
<i>Dentistas</i>							
<i>Farmacêuticos</i>							
<i>Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem</i>							
<i>Auxiliares / Técnicos de Higiene Dental</i>							
<i>Auxiliares de Farmácia</i>							
<i>Agentes Comunitários</i>							
<i>Profissionais Administrativos</i>							
<i>Outros profissionais</i>							
<i>Quais:</i>							

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

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

Selecione uma ou mais alternativas

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

115. Observações / Sugestões / Críticas:

ANEXO C – TRABALHO TÉCNICO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GURUPI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que *Sávia Denise Silva Carlotto Herrera*, apresentou Material Didático Instrucional Profissional em conjunto com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi-TO, na Oficina de Gestão, Planejamento e Avaliação em saúde, ministrada pelo Prof. Dr. Neilton Araujo de Oliveira, no período de 01 a 03 de setembro de 2017 no Campus da Universidade Federal do Tocantins/ Gurupi-TO.

Gurupi, TO 04 de Setembro de 2017.



Margarete Carneiro da Costa
Diretora em Saúde



CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO

Certificamos que Sávía Denise Silva Carlotto Herrera é avaliadora ativa da Revista Cereus e emitiu seu parecer para o seguinte manuscrito:

Avaliação do Artigo ID número 1853, realizada em 11/03/2018

A Revista Cereus (ISSN 2175-7275) é uma publicação científica on-line vinculada ao Ibiict, editada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação do Centro Universitário UnirG, Gurupi-TO.

Gurupi, TO, 19 de setembro de 2018.

Dr João Bartholomeu Neto
Editor Geral
REVISTA CEREUS
www.revistacereus.unirg.edu.br

DOI: 10.18605/2175-7275/cereus.v10n1p91-100

ARTIGO ORIGINAL

<< Recebido: 05/04/2018. Aceito: 01/05/2018. >>



Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal

Evaluation of the indicators of prenatal care in a family health unit in a municipality in the Legal Amazon

Marcela de Souza Sotto Mayor¹; Sávia Denise S. C. Herrera²; Michelly Queren Araujo³; Fernanda Martins dos Santos³; Rhenan Vilela Arantes³; Neilton Araujo de Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: a utilização de indicadores como método de avaliação de desempenho das estratégias de redes tem sido cada vez mais utilizada no Brasil, especialmente na saúde, para gestão de políticas públicas. **Objetivo:** avaliar os indicadores de atenção preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e a adequação destes nos atendimentos de pré-natal realizados na Unidade de Saúde da Família em Gurupi-TO, município da Amazônia Legal. **Materiais e Métodos:** estudo epidemiológico descritivo realizado pela atenção primária da saúde de Gurupi-TO, entre março-2016 e novembro-2017, avaliadas através dos indicadores de assistência pré-natal, PHPN e Índice MS. Foram calculados frequência, média, incidência e porcentagem de 50 pacientes, por meio de consulta, prontuários e cartões de gestantes. **Resultados:** das gestantes, 46% completaram o objetivo preconizado do PHPN. Mas ao avaliar o componente básico da qualidade pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde, apenas 18% de todas as gestantes apresentaram 'classificação adequada superior' e 24% tiveram 'assistência adequada', outros 24%, 'intermediária' e 34% 'inadequada'. **Conclusão:** Além de aprimoramento das estratégias de captação precoce das gestantes, com conscientização e mobilização da população sobre a importância do acompanhamento do pré-natal, faz-se necessário registro mais acurado dos dados desses serviços.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde. Saúde materno-infantil. Cuidado pré-natal. Programas Governamentais.

ABSTRACT

Introduction: the use of indicators as a method of performance evaluation of network strategies has been increasingly used in Brazil, especially in health, public policy management. **Objective:** to evaluate the warning indicators recommended by the Program of Humanization in prenatal and birth (PHPN), Stork and the appropriateness of these in prenatal care in family health unit in Gurupi-TO, municipality of Amazon Cool. **Materials and methods:** descriptive epidemiological study carried out by primary health attention of Gurupi-TO, between March and November 2016-2017, evaluated through the prenatal assistance indicators, PHPN and Ms. Index were calculated frequency, average, incidence and percent of 50 patients, through consultation, charts and cards of pregnant women. **Results:** of pregnant women, 46% completed the objective advocated the PHPN. But when assessing the basic component of quality prenatal care proposed by the Ministry of health, only 18% of all pregnant women have submitted adequate rating higher than ' and ' 24% had ' proper ' assistance, other 24%, 34% intermediate ' and ' inadequate '. **Conclusion:** Besides improving early capture strategies of pregnant women, with awareness and mobilization of the population about the importance of prenatal monitoring, it is necessary to more accurate record of the data from these services.

Keywords: Health Evaluation. Maternal and child health. Prenatal care. Government programs.

¹ Médica especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Centro Universitário UnirG, Gurupi-TO, Brasil.

E-mail:

marcelassmayor@gmail.com

² Fisioterapeuta. Mestranda em Ciências da Saúde-UFT, professora assistente do Centro Universitário UnirG, Gurupi-TO.

³ Acadêmicos de medicina do Centro Universitário UnirG.

⁴ Médico. Doutor em Ensino de Biociências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/FIOCRUZ). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Professor da Universidade Federal do Tocantins.

ANEXO E – PROJETO COM CAPTAÇÃO DE RECURSOS

ANO XXIX - ESTADO DO TOCANTINS, TERÇA-FEIRA, 19 DE DEZEMBRO DE 2017

DIÁRIO OFICIAL Nº 5.014 35

F.A. Nº: 0313-010.117-8

RECLAMANTE: ANTONIA CAMELO MARINHO
RECLAMADA: BANCO CRUZEIRO DO SUL

A Superintendência de Proteção ao Direito do Consumidor - PROCON/TO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 42, §2º do Dec. nº 2.181/97, determina a NOTIFICAÇÃO POR EDITAL da empresa: BANCO CRUZEIRO DO SUL, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 62.136.254/0001-99, a qual encontra-se em lugar incerto e não sabido, para tomar conhecimento do Julgamento em última instância administrativa datado de 15/08/2017, no qual o Superintendente do PROCON/TO manteve a decisão recorrida por seus próprios e legítimos fundamentos, ou seja, R\$ 55.327,66 (cinquenta e cinco mil, trezentos e vinte e sete reais e sessenta e seis centavos), sob pena de inscrição na Dívida Ativa do Estado. O pagamento deverá ser efetuado em favor do Fundo de Defesa do Consumidor- PROCON- Através do Documento de Arrecadação de Receitas Estaduais - DARE- obtidos via internet, pelo site www.sefaz.to.gov.br, com código de barra ou na Coletoria Local, devendo constar no Campo 7, o Código de Receita de nº 619. Tal documento deverá ser encaminhado para a Superintendência de Proteção ao Direito do Consumidor-Procon-/TO, localizada na QDR 104 Sul, Rua SE 09, Lt. 36, CEP 77.100-070, em Palmas/TO.

Palmas/TO, 30 de novembro de 2017

Núbia Dias Gomes Batista
Gerente Jurídico e do Contencioso

SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA, TURISMO E CULTURA

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA

RESULTADO PRELIMINAR

EDITAL PPSUS - 01/2017 - FAPT/TO-Decit/SCTIE/MS-CNPq - Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde

O PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições, e consoante com o disposto no art. 42, §1º, incisos II e IV, da Constituição Estadual, com fulcro no art. 6º, §§1º e 2º do Decreto 4.145, de 18 de agosto de 2010, e Ato nº 478 - DSG, de 11 de abril de 2016;

Considerando o FAPT/TO-Decit/SCTIE/MS-CNPq nº 837589/2016 assinado em 22 de dezembro de 2016, com o objetivo de dar continuidade ao Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde/PPSUS;

Considerando o EDITAL PPSUS - 01/2017, assinado no dia 19 de junho de 2017, e publicado no dia 28 de junho de 2017;

Considerando o resultado da Comissão de Especialistas, a qual ocorreu no dia 14 de dezembro de 2017;

Considerando o Resultado do Comitê Gestor, o qual ocorreu no dia 15 de dezembro de 2017;

DIVULGA o resultado PRELIMINAR, conforme tabela abaixo.

Abre-se o prazo de 15 (quinze) dias úteis para recurso, a contar data de da publicação no Diário Oficial do Tocantins do Estado deste resultado, para apresentação de recurso junto à FAPT.

Alexandro de Castro Silva
Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Tocantins

PROJETOS APROVADOS (ordem alfabética)		
FAIXA A - DOUTORADO		
Nº	COORDENADOR	PROJETO
1º	Alex Sander Cangussu	Análise da susceptibilidade de antibióticos de bactérias multirresistentes (BMR) isoladas de unidade intensiva (UTI) de Hospital Regional do Estado de Tocantins
2º	Ary Henrique Morais de Oliveira	Desenvolvimento de uma ferramenta de análise geoespacial a partir dos dados do SINAN-TO sobre casos de Hanseníase no Tocantins através de métodos de inteligência artificial
3º	Bruna Alexandrino	Leishmaniose visceral como problema de saúde pública no serviço de hemoterapia na região norte do estado do Tocantins
4º	Fabiano Mendes de Cordova	Distúrbios neurológicos tardios induzidos por deficiência de tiamina - Investigação Experimental
5º	Neilton Araújo de Oliveira	Programa de residência médica em saúde da família e comunidade promove melhoria na atenção básica de saúde
6º	Raimundo Wagner de Souza Aguiar	Desenvolvimento de formulações de inseticidas bioracionais para o controle de mosquitos vetores do Zika vírus

ERRATA A CHAMADA FAPT/TO-DECIT/SCTIE/MS-CNPQ/Nº 01/2017

Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS/TO, publicada no Diário Oficial do Estado de Tocantins, nº 4.935, do dia 18 de agosto de 2017, página 27 a 30.

Considerando a divulgação do resultado preliminar do Edital PPSUS Nº 01/2017 no mês de dezembro, em meio a datas e feriados comemorativos, o cronograma será alterado para não prejudicar nenhum participante, assim tornam público as seguintes ratificações:

ONDE SE LÊ:

2 CRONOGRAMA

Atividades	Data
Entrega e envio das propostas para FAPT	Até 10/09/2017.
Análise e julgamento das propostas	Até 16/12/2017
Divulgação preliminar do resultado na página da internet da FAPT.	Até 19/12/2017.
Prazo para submissão de recursos	Até 29/12/2017
Análise e julgamento dos recursos	Até 05/01/2018
Divulgação final do resultado na página da internet da FAPT no Diário Oficial do Estado de Tocantins.	Até 10/01/2018
Contratação e entrega da documentação das propostas aprovadas.	A partir de 15/12/2017

LEIA-SE:

2 CRONOGRAMA

Atividades	Data
Entrega e envio das propostas para FAPT	Até 10/09/2017.
Análise e julgamento das propostas	Até 16/12/2017
Divulgação preliminar do resultado na página da internet da FAPT.	Até 20/12/2017.
Prazo para submissão de recursos	Até 12/01/2018
Análise e julgamento dos recursos	Até 19/01/2018
Divulgação final do resultado na página da internet da FAPT no Diário Oficial do Estado de Tocantins.	Até 26/01/2018
Contratação e entrega da documentação das propostas aprovadas.	A partir de 29/01/2018

Palmas, 15 de dezembro de 2017.

Alexandro de Castro Silva
Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Tocantins - FAPT

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, JUVENTUDE E ESPORTES

PORTARIA-SEDUC Nº 4035, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017.

Republicada para correção

A SECRETÁRIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, JUVENTUDE E ESPORTES no uso de suas atribuições legais, com base na Lei Federal nº 8.666/1993 e com fulcro no Decreto Orçamentário vigente.

Considerando a necessidade de contratação de empresa especializada em serviços de desobstrução da rede de esgoto e sucção de dejetos de caixa séptica, destinados a atender a Sede, Anexos e Almoarifado Central.

Considerando a possibilidade de dispensar a licitação para contratação do objeto pleiteado, com fundamento no art. 24, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93, que dispõe sobre os casos que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez.

RESOLVE:

DECLARAR A DISPENSA DE LICITAÇÃO, com base no art. 24, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/1993, visando atender despesa com contratação de empresa especializada em serviços de desobstrução da rede de esgoto e sucção de dejetos de caixa séptica, destinados a atender a Sede, Anexos e Almoarifado Central.



14° CBMFC
2 a 5 de novembro de 2017

Congresso Brasileiro de
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
PRÉ-CONGRESSO 1º de novembro de 2017
Expo Unimed Curitiba - Curitiba - PR

Atenção primária, acesso e cuidado centrado na pessoa.

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

Autocuidado da saúde na percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
de autoria de THAYNARA LUDVIG; SAVIA DENISE SILVA CARLOTTO HERRERA;
CRISTINA MORAIS MACHADO; MARIANA FERREIRA BUCAR; YUNIEL MARTINEZ
HERNANDEZ foi apresentado na modalidade Pôster Digital.

Curitiba, 5 de novembro de 2017


Paulo Poli Neto
Presidente do 14º CBMFC


Thiago Gomes da Trindade
Presidente da SBMFC



14° CBMFC
2 a 5 de novembro de 2017

Congresso Brasileiro de
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
PRÉ-CONGRESSO 1º de novembro de 2017
Expo Unimed Curitiba - Curitiba - PR

Atenção primária, acesso e cuidado centrado na pessoa.

CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho

Percepção dos colaboradores de uma Unidade Básica em relação à Residência Médica.
de autoria de CRISTINA MORAIS MACHADO; THAYNARA LUDVIG; MARIANA FERREIRA BUCAR; YUNIEL MARTINEZ HERNANDEZ; SAVIA DENISE SILVA CARLOTTO HERRERA foi apresentado na modalidade Pôster Digital.

Curitiba, 5 de novembro de 2017


Paulo Poli Neto
Presidente do 14º CBMFC


Thiago Gomes da Trindade
Presidente da SBMFC



ANEXO G – Artigos Submetidos

31/10/2018

Email – Sávaia Denise Herrera – Outlook

[RC] Agradecimento pela submissão

Dr João Bartholomeu Neto <revistasunirg@unirg.edu.br>

Qua 31/10/2018, 19:35

Para: Esp. Sávaia Denise Silva Carlotto Herrera <saviadenise@hotmail.com>

Esp. Sávaia Denise Silva Carlotto Herrera,

Prezado pesquisador,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "IMPACTO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA" à REVISTA CEREUS. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito:

<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/author/submission/2415>

Login: saviaherrera

Em caso de dúvidas, entre em contato através deste e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Cordialmente,

Dr João Bartholomeu Neto

REVISTA CEREUS

Dr João Bartholomeu Neto

Editor Geral da Revista Cereus

Propesq - Universidade de Gurupi -UnirG

Gurupi – TO

<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/>