



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CURSO DE FISIOTERAPIA**

**WANESSA ZANOTTO**

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS: A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS E  
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A RESPEITO DA  
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Araranguá

2016



**WANESSA ZANOTTO**

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E  
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A RESPEITO DA  
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito parcial da disciplina  
de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Ione Jayce Ceola  
Schneider

Araranguá

2016



**PROGRAMA MAIS MÉDICOS: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E  
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A RESPEITO DA  
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Wanessa Zanotto

Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Fisioterapia na Universidade Federal de  
Santa Catarina/ Campus Araranguá.

Data: \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora:

---

Ione Jayce Ceola Schneider, Dra (Orientadora)

---

José Luiz Oliveira, MSc

---

Angélica Cristiane Ovando, Dra



*“Mas é preciso ter força  
É preciso ter raça  
É preciso ter gana  
sempre...”* Maria, Maria- Milton  
Nascimento





Este trabalho, que é fruto de amor, dedicação e utopia, é dedicado primeiramente a minha família, amigos e a todos aqueles que se permitem sonhar com um mundo sem injustiças.



## **AGRADECIMENTOS**

Gratidão a minha irmã Lidiane, que foi fundamental para a formação do meu caráter. Foi quem me falou sobre o Professor Marcão, e a partir daí toda essa história se iniciou;

Gratidão aos meus pais, que mesmo preocupados, sempre me apoiam nas minhas decisões, até quando isso envolve sair de casa aos 17 anos e morar em uma cidade desconhecida;

Gratidão ao meu companheiro João, que escutou meus anseios, sonhos e medos durante a elaboração deste trabalho. Obrigada por ser porto seguro e também inquietação;

Gratidão a Professora Janaina que incentiva minhas ideias utópicas e luta comigo pra que tudo dê certo, você é bem mais que apenas mestre pra mim;

Gratidão a Professora Ione que me deu auxílio na reta final desta pesquisa. Obrigada por se fazer presente neste momento, sendo orientadora e amiga;

Gratidão aos meus amigos, que se tornaram família neste tempo, apoio fundamental;

Gratidão a todos os usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família que participaram desta pesquisa.



## RESUMO

A qualidade da Atenção Primária pode ser avaliada pela forma que é prestada a assistência ao usuário, como o acolhimento, acessibilidade, respeito à autonomia, menor tempo de espera pelo atendimento, humanização, possibilidade de participar das decisões relacionadas à sua saúde. No contexto dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, são fatores que influenciam a qualidade da Atenção Primária: a participação da comunidade, a sobrecarga de trabalho e falta de capacitação e educação permanente em saúde. Neste sentido este estudo teve como objetivo principal analisar a percepção dos usuários e profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) sobre a qualidade da assistência da Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos. Participaram da pesquisa profissionais da Equipe de Saúde da Família e usuários vinculados a área desta equipe de um município do extremo sul catarinense. Como instrumentos de pesquisa foram utilizados: uma entrevista semi-estruturada com os profissionais e usuários e um instrumento com questões retiradas do Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise temática e as informações do instrumento foram analisadas por meio de frequência absolutas e discutidas de forma qualitativa, por meio da Análise temática de Minayo. Observou-se que o atendimento prestado pelo médico vinculado ao Programa foi, na percepção dos usuários, mais humanizado e integral, sendo que o médico realizou exame físico, deixou mais tempo para que o usuário falasse durante a consulta, demonstrando maior interesse pelo paciente. Já na percepção dos profissionais da Equipe de saúde não houveram diferenças em relação a dinâmica da equipe, isso se deu principalmente pelo excesso de demanda de trabalho que dificulta a organização da equipe.

Palavras-chave: Atenção Primária, Saúde da Família, Qualidade de Atenção



## ABSTRACT

The quality of primary care can be evaluated by the form that is provided to assist the user, as the host, accessibility, respect for autonomy, waiting time reduced for servicing, humanization, possibility to participate in decisions related to their health. In the context of the primary health care team, community participation, work overload and lack of training and permanent education in health are factors that interfere in the assistance quality. Then, the aim of this study is to analyze the perceptions of users and professionals of the family health team called —Estratégia de Saúde da Familiar on the quality of primary care assistance with the implementation experience of the —Programa Mais Médicos. Will participate the health care team professional and users linked to the area of this team from a city in the extreme south of Santa Catarina state. As research instruments used a semi-structured interview with the professionals and the health system users and an instrument with questions taken from the —Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica. The interviews were transcribed and analyzed by qualitative thematic analysis of the instrument through simple and absolute frequency and discussed qualitatively. In the perception of users, it was observed that the care provided by the doctor linked to the Program was more humane and integral, and the doctor performed physical examination, increased the time for the user to speak during the service, which demonstrates greater interest in the patient. In the perception of the health team professionals there were no differences in the dynamics of the team, it was mainly the excess labor demand that hinders the organization's staff.

Keywords: primary health care, family health, Quality of Attention





## LISTA DE SIGLAS

DSEIs	Distritos Sanitários Indígenas
eSF	Equipe de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Ipespe	Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
SGP	Sistema de Gerenciamento de Programas
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE.....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
4.1	GERAIS.....	27
4.2	ESPECÍFICOS .....	27
<b>5</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
6.1	TIPO DE PESQUISA .....	31
6.2	POPULAÇÃO .....	31
6.3	ANÁLISE DOS DADOS .....	32
6.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>7</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICE A – Revisão Integrativa.....</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de avaliação da qualidade da Atenção Básica Profissionais da Equipe de Saúde da Família .....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE C – Instrumento de avaliação da qualidade da Atenção Básica – Usuários.....</b>	<b>93</b>
	<b>APÊNDICE D – Entrevista semi-estruturada: percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária. ....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE E – Instrumento de avaliação da qualidade da assistência: entrevista semiestruturada direcionada aos profissionais da Equipe de Saúde da Família.....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido-Profissionais da Equipe de Saúde da Família .....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido- Usuários.....</b>	<b>105</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de ética de pesquisa em seres humanos.....</b>	<b>109</b>
	<b>ANEXO B – Normas de publicação da Revista Interface.....</b>	<b>113</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o art. 6º da Constituição Federal de 1988 a saúde é um direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988). Conquistado através da organização popular por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde (CARVALHO, 2013, JÚNIOR; JÚNIOR, 2006, SOUZA; CABRAL, 2014).

Porém, mesmo com esse direito garantido e com todos os avanços históricos relacionados à Saúde no Brasil, existem locais onde não há assistência médica. Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, no ano de 2013, existia 1,8 médicos para cada mil habitantes, enquanto em países como Argentina, Uruguai, Portugal e Espanha este número varia de 3 a 4 médicos a cada mil habitantes (PACTO NACIONAL PELA SAÚDE, 2013).

Além da falta de profissionais outro problema é a distribuição desigual destes pelo território brasileiro, cerca de 700 municípios não apresentam médicos residentes e 22 estados estão abaixo da média brasileira e cinco deles têm menos de 1 médico por mil habitantes – Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Com o objetivo de melhorar esse diagnóstico da saúde no Brasil, em Julho de 2013 o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos que faz parte de um conjunto de ações previstas no Pacto Nacional pela Saúde (PACTO NACIONAL PELA SAÚDE, 2013).

O Pacto Nacional pela Saúde faz parte de um conjunto de cinco Pactos que foram criados a partir das demandas que foram levadas as ruas pelos brasileiros, durante as manifestações de 2013, que ficaram conhecidas como Jornadas de Junho. Sendo estes os pactos pela responsabilidade fiscal, pacto pela reforma política, pacto pela saúde, pacto pela mobilidade urbana e pacto pela educação (Jornal Folha de São Paulo de 25 de Julho de 2013; Site Rede Brasil Atual).

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória Nº 621, de 8 de Julho de 2013. Assinada pela Presidente Dilma Rousseff e regulamentado por portaria conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação. Essa iniciativa prevê a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde, a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica, o aprimoramento da formação médica no Brasil e a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS para atender na Atenção Primária (PACTO NACIONAL PELA SAÚDE, 2013).

A Atenção Primária define-se como *“Cuidados essenciais de saúde baseados em*

*métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, estando ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade. Representando o primeiro nível de contato com os indivíduos, família e da comunidade, ao Sistema Nacional de Saúde, devendo ser levado aos lugares mais próximos de onde as pessoas vivem e trabalham. Constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde”* (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 1978). Assim os médicos provenientes do Programa Mais Médicos são destinados ao atendimento primário da população, visando o cuidado e acompanhamento contínuo.

Foram abertas vagas para médicos brasileiros e estrangeiros, quatro seleções de médicos já foram realizadas e estes já encontram-se atuando na Atenção Primária nos municípios mais vulneráveis. Cerca de 14.462 mil médicos passaram a atender a população de 3.785 mil municípios, o equivalente a 68% dos municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs). Cerca de 50 milhões de brasileiros são beneficiados (Site do Programa Mais Médicos).

Sabe-se, segundo estudos encontrados sobre a percepção dos usuários e profissionais sobre a qualidade da assistência da Atenção Primária, são fatores que interferem na qualidade de acordo com a percepção dos profissionais de saúde: a falta de participação da comunidade e a dificuldade de articulação de grupos de educação em saúde. Já na percepção dos usuários o tempo de espera pelo atendimento, falta de humanização da equipe, falta de clareza nas orientações e falta de autonomia nas decisões interferem na qualidade do atendimento prestado (LIMA; ARCIERI, 2014; SOUSA; MARANHÃO, 2011; CONASS, 2007).

A qualidade da atenção é diretamente afetada pela forma de ação do profissional de saúde e equipe, que se reflete em diferentes formas de acolhimento e cuidado ao usuário. Um profissional médico com a formação voltada para os pressupostos da Atenção Primária tem papel fundamental dentro da equipe de Saúde da Família (DA ROS, 2004). Neste sentido este estudo buscou investigar a percepção que os usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família, em um município do extremo sul catarinense, possuem a respeito da qualidade da Atenção Primária quando da presença na equipe de um profissional médico do Programa Mais Médicos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se, previamente ao desenvolvimento deste projeto uma Revisão Integrativa (APÊNDICE A), com o objetivo de verificar-se os estudos já publicados sobre percepção e avaliação da qualidade da Atenção Primária.

Esta ocorreu por meio de uma busca sistemática no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos artigos, teses e dissertações das bases de dados Medline ou Lilacs. Os descritores utilizados foram: Percepção, Profissionais da saúde, Relações Profissional-Paciente, Atenção básica/Atenção primária, Qualidade da assistência à saúde, assim como os correspondentes, em inglês. Os descritores foram combinados, de forma que as palavras percepção e qualidade da assistência à saúde pudessem sempre compor a busca.

No entanto poucos foram os estudos encontrados sobre o tema. Não foram encontrados estudos sobre o Programa Mais Médicos. Por este ser um programa ainda novo, existe considerável escassez de estudos que avaliem a efetividade e qualidade dele. Os dados encontrados são mais referentes sobre a abrangência e alcance do Programa.





### **3 HIPÓTESE**

Acredita-se que os médicos vinculados ao Programa Mais Médicos possuem perfil de atuação voltado para a Atenção Primária, prestando uma melhor qualidade de atendimento à comunidade onde atuam.



## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAIS**

Analisar a percepção dos usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família (eSF) sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária com a experiência de implementação do programa Mais Médicos no município de Balneário Arroio do Silva/SC.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

Verificar o impacto da implementação do Programa Mais Médicos na visão dos usuários e profissionais.

Identificar os fatores apontados que interferem na qualidade da atenção na visão dos usuários e profissionais.



## **5 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho é relevante uma vez que permitiu avaliar, por meio da percepção dos usuários e profissionais da eSF, a efetividade Programa Mais Médicos na melhoria da qualidade da Atenção Primária. Neste sentido possibilita aos profissionais e gestores de saúde refletir sobre adequações e/ou criação de Políticas Públicas de Saúde, reorganização dos serviços de saúde, colaborando com a mudança de paradigmas.



## 6 METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DE PESQUISA

Segundo Minayo (2014) esta pesquisa tem natureza qualitativa, uma vez que analisou a percepção dos sujeitos sobre um determinado fenômeno, que no caso é a qualidade da Atenção Primária. De acordo com os objetivos este estudo tem caráter descritivo exploratório, segundo Gil (2008), pois proporcionou maior familiaridade com o problema. Visto que existem poucos estudos sobre este tema.

A pesquisa foi realizada por meio da utilização de um instrumento em formato de formulário (APÊNDICE B/APÊNDICE C) que contém questões selecionadas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE D/APÊNDICE E). Estes apresentaram-se em duas versões: uma indicada para os Profissionais da equipe de Atenção Básica e outra para os usuários, que foram aplicadas em dois momentos distintos, com uma duração de aproximadamente 30 a 40 minutos cada. Em um dos momentos foi realizado a aplicação do —Instrumento de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica – Profissionais e da entrevista semiestruturada com os profissionais da equipe de Atenção Básica e, em outro momento, com os usuários.

### 6.2 POPULAÇÃO

Profissionais da equipe de Atenção Básica e usuários das três eSF do município de Balneário Arroio do Silva, vinculados às Unidades Básicas de Saúde deste município.

Os participantes foram recrutados por conveniência, tendo como critério a equipe que recentemente havia recebido um profissional médico vinculado ao Programa Mais Médicos, sendo está a eSF número 3. Os usuários foram convidados a participar de acordo com seu interesse e disponibilidade no momento que a pesquisadora estive na Unidade Básica de Saúde em questão.

Os profissionais da eSF foram contatados por telefone ou pessoalmente, de forma a se verificar o melhor momento para ser realizada a entrevista e aplicação do Instrumento direcionado aos profissionais, em local apropriado da Unidade, designado pelo profissional.

O preenchimento dos Instrumentos (em formulário próprio, em papel) foi realizado pelo pesquisador, de forma a evitar problemas quanto à leitura e interpretação das questões, e foi apresentado ao final para o participante, de forma a validar as informações, para que fosse assinado. As entrevistas foram gravadas em voz, pelo Gravador Voz Digital Sony Px240.

Ambos foram aplicados nas dependências da Unidade Básica de Saúde Paulo Lupin, do

município de Balneário Arroio do Silva/SC, após os indivíduos terem lido, compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F/APÊNDICE G). Em sala reservada para manter a privacidade dos entrevistados.

Os dados foram utilizados apenas para fim de pesquisa e ficaram arquivados sob responsabilidade e sigilo da pesquisadora, armazenados em seu computador e *pendrive* pessoal; em áudio-gravado e transcritas em documento em Word.

### 6.3 ANÁLISE DOS DADOS

As informações dos Instrumentos foram analisadas de forma qualitativa, por meio da análise temática de Minayo (2014), e também de forma quantitativa, por meio de frequência absoluta. As entrevistas foram transcritas e os dados posteriormente analisados por meio da técnica de análise temática. As entrevistas foram realizadas até atingir-se uma saturação de informações.

Os participantes receberam nomes de flores, e os profissionais por personagens de livros do autor Jorge Amado, para identificação.

### 6.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa traz benefícios coletivos e sociais, uma vez que as informações fornecidas pelos entrevistados proporcionaram uma avaliação da qualidade da atenção prestada, principalmente pelo profissional médico, na Atenção Primária e, também constituiu uma fonte de informações uma vez que há insuficiência de bibliografia nesta área. Estas informações poderão auxiliar para uma reestruturação da estratégia e gestão da assistência.

Durante a realização das entrevistas existiram riscos de ocorrer sensações e reações emotivas, decorrentes da comunicação entre entrevistador e profissional ou usuário, pois mesmo utilizando questões precisas e claras, existem palavras que poderiam proporcionar conflitos vinculados às reações individuais que denotam surpresa, satisfação ou insatisfação não intencionais dos participantes.

O projeto atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo **CAAE**: 49875815.1.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisados declaram não haver conflito de interesses.



## **7 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados em formato artigo, que será submetido à Revista Interface. As normas de publicação encontram-se no Anexo B.



**PROGRAMA MAIS MÉDICOS: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E  
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A QUALIDADE  
DA ASSISTÊNCIA NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Wanessa Zanotto

Janaina Medeiros de Souza

Ione Jayce Ceola Schneider

## **Resumo**

Este estudo teve como objetivo investigar a percepção que dos usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família a respeito da qualidade da Atenção Primária a partir da inclusão, na equipe, de um profissional do Programa Mais Médicos. A pesquisa foi realizada com usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família por meio da utilização de um instrumento e de uma entrevista semiestruturada. Estes foram analisados de forma qualitativa, por meio da análise temática, e quantitativa, por meio de frequência absoluta. Na percepção dos usuários o atendimento prestado pelo profissional do Programa foi mais humanizado e integral. Já na percepção dos profissionais da Equipe de saúde não houveram diferenças em relação a dinâmica da equipe, dificuldade que se deu principalmente pela demanda de trabalho. Conclui-se que o programa se mostrou positivo na percepção dos usuários, porém não alterou a dinâmica organizacional.

Palavras-chave: Qualidade da Atenção, Programa Mais Médicos, Percepção.

## **Abstract**

This study aimed to investigate the perception of users and Health Team professional family about the quality of primary care from the inclusion in the team, who is a professional from More Doctors Program. The survey was conducted with users and professionals of the Family Health Team through the use of an instrument and a semi-structured interview. These were analyzed qualitatively, through thematic analysis, and quantitative through absolute frequency. In the perception of users the service provided by the professional program was more humane and integral. In the perception of the health team professionals there were no differences in team dynamics, difficulty was mainly by the demand for labor. It was concluded that the program was positive perceptions of users, but did not change the organizational dynamics.

Key-words: Quality of Care, Program More Medical, Perception.

## Introdução

No ano de 2013, segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, existia uma relação de 1,8 médicos para cada mil habitantes. Em países como Argentina, Uruguai, Portugal e Espanha este número varia de 3 a 4 médicos a cada mil habitantes<sup>1</sup>.

Cerca de 700 municípios não apresentavam médicos residentes e 22 estados estavam abaixo da média brasileira, cinco destes tinham menos de 1 médico por mil habitantes – Acre (0,94), Amapá (0,76), Maranhão (0,58), Pará (0,77) e Piauí (0,92). Com o objetivo de melhorar o diagnóstico da saúde no Brasil, em julho de 2013 o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos que faz parte de um conjunto de ações previstas no Pacto Nacional pela Saúde<sup>1,2,3</sup>.

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Medida Provisória Nº 621, de 8 de Julho de 2013. Assinada pela Presidenta Dilma Rousseff e regulamentado por portaria conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação, prevê 3 Eixos de atuação: Provimento Emergencial; a Educação e Infraestrutura<sup>1, 3, 4</sup>.

Após dois anos de início do Programa Mais Médicos, cerca de 18.240 médicos passaram a atender a população de 4.058 mil municípios o equivalente a 73% dos municípios do país e os 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs). Esses profissionais estão garantindo atendimento na Atenção Primária a 63 milhões de brasileiros que não contavam com esse serviço<sup>3,4</sup>.

O estado de Santa Catarina, no ano de 2012, apresentava relação de 1,6 médicos a cada mil habitantes<sup>7</sup>. Segundo os dados do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) existem um total 396 médicos ativos pelo programa no estado<sup>5</sup>.

Segundo dados da pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com o Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas (Ipespe), com cerca de 14 mil entrevistas, nota 9 foi atribuída ao programa, em uma escala de 0 a 10. Do total de entrevistados, 85% disseram que a qualidade do atendimento médico está melhor ou muito melhor após a chegada dos profissionais do programa. Além disso, 87% dos usuários apontaram que a atenção do profissional durante a consulta melhorou e 82% afirmaram que as consultas passaram a resolver melhor os seus problemas de saúde<sup>6</sup>.

A qualidade da Atenção Primária é diretamente afetada pela forma de ação do profissional de saúde e equipe, que se reflete em diferentes formas de acolhimento e cuidado ao usuário. Sabe-se, segundo estudos encontrados sobre a percepção dos

usuários o tempo de espera pelo atendimento, falta de humanização da equipe, falta de clareza nas orientações e falta de autonomia nas decisões interferem na qualidade do atendimento prestado<sup>7,8</sup>.

Um profissional médico com a formação voltada para os pressupostos da Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental dentro da equipe de Saúde da Família (eSF)<sup>9</sup>. Neste sentido este estudo teve como objetivo investigar a percepção que dos usuários e profissionais da eSF, em um município do extremo sul catarinense, a respeito da qualidade da Atenção Primária a partir da inclusão na equipe de um profissional médico do Programa Mais Médicos.

### **Métodos**

Segundo Minayo<sup>10</sup> esta pesquisa tem natureza qualitativa, uma vez que analisou a percepção dos sujeitos sobre um determinado fenômeno, que no caso é a qualidade da Atenção Primária à Saúde. De acordo com os objetivos este estudo tem caráter descritivo exploratório, segundo Gil<sup>11</sup>, pois proporciona maior familiaridade com o problema.

A pesquisa foi realizada por meio da utilização de um instrumento em formato de formulário que contém questões selecionadas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e de uma entrevista semiestruturada. Estes instrumentos foram aplicados em duas versões: uma indicada para os Profissionais da equipe de Atenção Básica e outra para os usuários. Além disso, foram aplicados em dois momentos distintos, estes períodos tiveram um intervalo de tempo de dois meses. No primeiro momento as questões foram referentes a qualidade da Atenção Primária antes da chegada do profissional do PMM, sendo perguntas retrospectivas, visto que este médico já estava atuando na unidade. As entrevistas duraram em média 25 minutos.

A população de estudo contou com profissionais da equipe de Atenção Básica e usuários das três eSF de Balneário Arroio do Silva. O município em questão possui 11.616 habitantes, fica localizado no Extremo Sul Catarinense, e apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,746. Conta com duas Unidades Básicas de Saúde e 3 equipes de Saúde da Família (eSF)<sup>12</sup>.

Os participantes foram recrutados por conveniência, e como critério de inclusão, a equipe selecionada foi a que recentemente havia recebido um profissional médico vinculado ao Programa Mais Médicos. Os usuários foram convidados a

participar de acordo com seu interesse e disponibilidade no momento que a pesquisadora estivesse na Unidade Básica de Saúde em questão, no primeiro momento. No segundo momento eles foram contatados por telefone, e o um horário para a realização da entrevista, foi agendado.

Os profissionais da eSF foram contatados pessoalmente, de forma a se verificar o melhor momento para realizar-se a entrevista e aplicação do Instrumento direcionado aos profissionais, e essa foi realizada em local apropriado da Unidade, designado pelo profissional, o que possibilitou o sigilo.

O preenchimento dos Instrumentos (em formulário próprio, em papel) foi feito pelo pesquisador, de forma a evitar problemas quanto à leitura e interpretação das questões. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas.

As informações dos Instrumentos foram analisadas de forma qualitativa, por meio da análise temática de Minayo<sup>10</sup>, e também de forma quantitativa, por meio de frequência absoluta. As entrevistas foram transcritas e os dados, posteriormente, analisados por meio da técnica de análise temática.

Os participantes serão identificados no decorrer deste artigo por nomes de flores, e os profissionais por personagens de livros do autor Jorge Amado para manter em sigilo suas identidades.

O projeto atende aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo **CAAE**: 49875815.1.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisados declaram não haver conflito de interesses.

### **Resultados e discussão**

A primeira coleta foi realizada com um total de 21 usuários vinculados a eSF, em um segundo momento os usuários foram novamente contatados e a entrevista refeita. Neste período, ocorreu perda amostral de doze usuários, entre os motivos desta perda estão: a dificuldade de comparecer a segunda entrevista devido o horário de trabalho, mudança de número telefônico e não comparecimento na unidade durante horário marcado para a realização da entrevista.

Quanto aos profissionais, inicialmente oito foram entrevistados, no segundo momento de coleta, quatro destes. A perda amostral se deu devido à contratação de novas agentes comunitárias de saúde (ACS) e pela dificuldade de encontrar horário

disponível para a realização da entrevista na agenda de trabalho.

Os dados quantitativos coletados a partir do instrumento estão apresentados nas Tabelas de 1 a 4. Quando analisados os dados dos instrumentos dos usuários pode-se observar que os participantes relataram, que com o médico do Programa Mais Médico, houve aumento no tempo de duração consulta, que o médico tornou-se o profissional que mais realiza a escuta dos usuários, melhora no acolhimento e nas orientações prestadas, realização de exame físico durante a consulta, tempo suficiente para o usuário falar durante o atendimento, e que possuem facilidade de acesso para retirar dúvidas após as consultas.

Em relação aos profissionais não foram identificadas mudanças em relação à organização, realização de reuniões e capacitações para os profissionais da eSF após a chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos.

A partir da transcrição e análise das entrevistas dos Usuários as seguintes categorias foram criadas: Satisfação e Insatisfação, Desigualdade de acolhimento e Interesse pelo paciente. A partir das entrevistas dos profissionais, as categorias criadas foram: Falta de comunicação, Participação social, Subdivisão da equipe por profissão, Escassez de capacitações e Relação médico comunidade.

### **Usuários:**

#### **SATISFAÇÃO e INSATISFAÇÃO**

Alcançar a satisfação dos usuários é um dos principais objetivos dos serviços de saúde. Isso é fundamental para a garantia da qualidade da atenção. A satisfação com o serviço de saúde é influenciada por vários fatores, como: o conhecimento do funcionamento do serviço, a cultura local, ações dos profissionais diante das demandas apresentadas, as experiências passadas na utilização do serviço<sup>13,14</sup>.

Sabe-se, segundo estudos encontrados sobre a percepção dos usuários que o tempo de espera pelo atendimento, a falta de humanização da equipe, falta de clareza nas orientações e falta de autonomia nas decisões interferem na qualidade do atendimento prestado<sup>7,8</sup>.

Abaixo estão relatados alguns trechos das respostas dos usuários a questão: O que deixa o senhor satisfeito/insatisfeito com o atendimento?

*Boca de leão: "Nunca me negaram um atendimento. Sempre que eu precisei,*



*eu sempre tive atendimento... Nunca disseram assim pra mim: a gente não tem como te atender, você tem que procurar recurso em outro lugar. Sempre fui atendida, e sempre com boa vontade, nunca usaram de má vontade.”*

*Bromélia: “A gente tem que entender que o paciente ele veio aqui não veio procurar a doença, ele veio procurar a saúde, ele precisa de um carinho, ele precisa de atenção, e aqui não é assim. A gente vem aqui e é mal tratada e mal atendida.”*

*Cravo: “A falta de educação e desprezo que elas nos dão. Não todas, generalizando, tá? Tem umas ali que são uns amores, tu chega ali e elas atendem muito bem, mas tem outras que atendem muito mal.”*

*Crisântemo: “Eu acho que é o tempo de espera, a gente não precisar ficar aqui esperando, ou vir cedo demais pra marcar.”*

Observou-se que o paciente se sente satisfeito em encontrar atendimento quando necessário, porém fica insatisfeito ao ser mal atendido, como verifica-se no relato da Bromélia e Cravo.

O grande tempo de espera também interfere negativamente na qualidade da atenção prestada, como é relatado por Crisântemo.

Na primeira coleta, os usuários relataram tempo de espera pelo atendimento, em média, de cinquenta minutos, já na segunda coleta, reduziu para 45 minutos, em média. Porém, os usuários relataram que a espera compensava, pois, o atendimento era de maior qualidade, com mais atenção e cuidado<sup>15</sup>.

Os dados referentes ao tempo de espera para o atendimento concordam com o estudo de PAZ<sup>13</sup>, onde 58,8% dos usuários relatou ser atendidos na primeira hora e 15,2% relataram esperar mais de 2 horas por uma consulta.

### **DESIGUALDADE DE ACOLHIMENTO:**

Na entrevista semiestruturada, os usuários relataram que o atendimento, ou seja, o acolhimento, na Unidade Básica de Saúde é bom quando realizado pelo profissional médico e enfermeira; porém o atendimento na recepção da unidade tem menor qualidade, em alguns casos não respeitando o princípio da equidade do SUS, como relatado nos trechos a seguir:

*Copo de leite: “Eu que estou acostumada, que eu venho aqui 3, 4 vezes por*

*semana, por causa da saúde dele. Elas já me conhecem e eu já sou mais bem tratada. Tem outras pessoas que vem e que a gente sente que não são bem tratadas.”*

*Begônia: “Eu sei que atender o público não é fácil, mas assim, o que eu vejo algumas vezes quando eu estou esperando para ser atendida são privilégios. E eu acho que todo mundo é igual, e o atendimento deve ser igual para todos.”*

Garantir a acessibilidade e a equidade no Sistema Único de saúde é um desafio no âmbito do acolhimento. Equidade é um parâmetro de justiça e distribuição igualitária, referindo-se a diferenças desnecessárias e evitáveis. Neste contexto é fundamental haver qualificação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família por meio de debates e educação continuada<sup>16</sup>.

O acolhimento é considerado uma ação de humanização, não apenas um recurso técnico no início da triagem<sup>17</sup>. Deslocar o eixo centrado no profissional médico para uma equipe multiprofissional, capaz de realizar escuta qualificada, auxilia a relação dos profissionais com os usuários. Este é o pilar fundamental da construção de um novo modelo de Atenção Primária à Saúde<sup>18</sup>.

É fundamental que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada e reconhecida. Algumas vezes há incompatibilidade da demanda e do olhar técnico-profissional, neste caso, é necessário um esforço de diálogo e compreensão. Conhecer os usuários não só facilita a identificação do problema, como também o seu acompanhamento. Implementar efetivamente o acolhimento como diretriz demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Requerer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores<sup>19</sup>.

Na coleta realizada na Unidade Básica de Saúde em questão, quando questionados sobre a qualidade do acolhimento recebido os usuários consideram inicialmente, antes da chegada do Médico vinculado ao Programa Mais Médicos, que o acolhimento era bom; posteriormente 6 usuários responderam que o acolhimento é muito bom. Quanto ao profissional da eSF que mais realiza a escuta aos usuários, o enfermeiro foi o mais citado inicialmente, posteriormente o profissional médico. Vale ressaltar que o modelo de acolhimento desta unidade é pela equipe de acolhimento do dia.

Sobre a resolubilidade das demandas dos usuários, 100% dos usuários responderam que a equipe busca resolver suas demandas. Da mesma forma, o

estudo realizado por Falk<sup>20</sup> com 89 usuários, 63,6% dos usuários identificaram a resolubilidade como fator indispensável no acolhimento.

### **INTERESSE PELO PACIENTE:**

O interesse médico está cada vez mais focado nas estruturas internas do organismo e em busca de lesões que expliquem as doenças. Visualiza-se o paciente em seguimento, não como um todo, como um ser único. Assim, a importância do sujeito é cada vez mais secundária e o lugar do indivíduo é o de portador de lesões<sup>21</sup>.

Quando os usuários foram questionados, na entrevista semiestruturada, sobre o que os deixam satisfeitos em relação ao atendimento estes relataram que é o interesse pelo paciente. Como pode-se visualizar no relato abaixo:

*ORQUÍDEA: “O interesse dela pelo paciente. Ela é muito interessada, ela interage muito bem com o paciente.” (quando questionada sobre o que deixa satisfeito com o atendimento)*

Após a análise dos dados coletados nos instrumentos, pode-se observar aumento, para o dobro, no tempo de duração consulta. O médico tornou-se o profissional que mais realiza a escuta dos usuários, todos os usuários relataram que o médico os chama pelo nome e há tempo suficiente durante o atendimento para que possam falar sobre seus problemas e preocupações. O número de usuários que relataram a realização do exame físico durante a consulta subiu de 1 para 9.

Os dados encontrados no estudo de Brito<sup>15</sup>, que entrevistou 243 usuários pacientes de médicos cubanos em unidades de saúde em Ceilândia-DF, reafirma os relatados acima: 67% disseram que a consulta dos médicos do programa passou a durar mais de 15 minutos; 73% relataram que o médico fez exame físico. Ainda, segundo este estudo a satisfação do usuário está diretamente relacionada ao interesse do médico durante o atendimento.

### **Profissionais:**

### **COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE**

Para o desenvolvimento de um trabalho em equipe, especialmente na área da saúde, a comunicação é um fator essencial para o estabelecimento de relações

interpessoais<sup>22</sup>. Porém, muitas vezes devido à grande demanda de trabalho, a comunicação torna-se um desafio, como podemos visualizar nos relatos abaixo:

*GABRIELA CRAVO E CANELA: “A própria reunião de equipe, que não tem faz muita diferença, porque ai não tem a opinião de todas as pessoas da equipe. É muito mais centrada ao médico, ao enfermeiro, ou muitas vezes só centrada ao pessoal da secretária de saúde, a gestão, que não fica nem 1% do tempo aqui dentro né. Então não tem muita participação, assim de equipe toda”*

*VADINHO: “Na verdade, as reuniões acontecem quando ocorre algum problema. Não acontece para fazer o planejamento da unidade que seria o correto, como eu te falei é bem corrido aqui. Então, quando ocorre o problema a gente se reuni e resolve, mas ai não é tão efetivo.”*

A comunicação entre os profissionais da eSF deve ser prática diária. Isso garante abordagem multidisciplinar, facilita o planejamento de ação e organização horizontal do trabalho. Boa comunicação permite a abertura de espaços para a discussão e fortalecimento da Atenção Primária, por meio do respeito e cooperação entre a equipe<sup>23</sup>.

Quando questionados sobre a realização de reuniões em equipe e planejamento de ações, após a chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos, três profissionais relataram haver reuniões, um respondeu que não há.

Nos relatos citados a cima, VADINHO relata que as reuniões ocorrem apenas quando ocorrem problemas. O excesso de demandas e a grande quantidade de equipes na unidade são fatores que dificultam a realização o das reuniões, segundo os profissionais entrevistados.

O excesso de demanda de trabalho também é relatado na pesquisa realizada por Navarro<sup>23</sup>, como fator limitante para o desenvolvimento de uma Atenção Primária bem articulada e capaz de atuar por meio da promoção e prevenção de saúde.

## **PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

A participação ativa dos usuários é essencial no desenvolvimento e controle da Atenção Primária. Os usuários devem coparticipar com contribuições construtivas para promoção de ações, com vistas a operacionalizar o que é proposto nas políticas e programas que regem o funcionamento do SUS no Brasil<sup>24</sup>.

Neste sentido é importante que a população tenha conhecimento em relação aos aspectos organizacionais da Atenção Primária. Para isso grupos de educação em saúde são importantes, pois, através deles a população se faz mais presente nas Unidades<sup>24</sup>.

Nos relatos abaixo estão descritas as respostas sobre a participação da comunidade de dois profissionais da Equipe de Saúde da Família:

*QUINCAS BERRO D'AGUÁ: “É mais ou menos. Antigamente os hipertensos e diabéticos, nas reuniões tinha mais gente do que hoje, porque nos grupo a gente fazia a entrega dos medicamentos, então eles não precisavam vir aqui. Por que o que eles querem é só benefício pra eles, eles não se interessam em ir lá escutar uma palestra, uma instrução. Eles querem o que é bom pra eles. Pegar o remédio sem ter que vir aqui pegar fila. Então acho que diminuiu por isso.” (quando questionados sobre a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe)*

*ANTÔNIO BALDUÍNO: “A nossa comunidade é bem participativa em tudo, tudo que a gente faz de reuniões de grupos pra eles, eles participam bastante. A chegada da doutora Maria Fernanda ajudou bastante no sentido de elo entre o médico mesmo, por que antes era mais o agente comunitário e o enfermeiro. Mas ela é muito próxima à população, ela interage bastante com eles. Coisa que isso antes não tinha.”*

Os relatos trazem percepções diferentes sobre a participação social na Atenção Primária. Na fala de QUINCAS BERRO D'AGUA identifica-se a pouca participação da comunidade nos Grupos de Educação em Saúde realizados na unidade, observa-se também distorção sobre a funcionalidade e objetivos dos Grupos de Educação em Saúde, por meio dos termos 'palestra' e 'instruções'.

Esses grupos têm por finalidade promover a educação popular, que proporciona uma forma de participação comprometida com as classes populares. Visam à troca de conhecimentos entre os usuários e a eSF de forma a criar emponderamento em relação à condição de saúde. Deve haver troca horizontal de conhecimento e não hierarquizada<sup>25</sup>.

O segundo relato, de ANTÔNIO BALDUÍNO, ressalta mudança da participação da comunidade em decorrência de melhor relacionamento médico-comunidade, devido à chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos. Segundo o

profissional entrevistado o médico é muito próximo da comunidade, possui maior vínculo com estes, o que incentiva participação mais ativa da comunidade.

### **SUBDIVISÃO DA EQUIPE POR PROFISSÃO**

O excesso de demanda de trabalho da eSF dificulta a comunicação entre os profissionais, como já relatado anteriormente, como consequência disso, os profissionais sentem dificuldade de se reconhecer como Equipe. Os relatos abaixo demonstram isso:

*TIETA: “A equipe? Toda a equipe? Médicos, enfermeiros?”*

*PEDRO ARCANJO: “Reunião em equipe e com enfermeira, a chefe.”*

*DONA FLOR: “A gente tenta conversar e resolver dentro do setor.”*

Além da subdivisão da equipe, também fica evidente nos relatos acima uma relação hierarquizada entre os profissionais, e o enfermeiro considerado ‘chefe’.

No contexto da Atenção Primária, uma abordagem multidisciplinar, bem como o planejamento de ações e de organização horizontal de trabalho, faz-se necessário. Assegura assim a promoção do controle social e, o mais importante, desempenho sincronizado de todos os membros da equipe<sup>23</sup>.

O trabalho em equipe é fundamental para as ações na área da saúde, objetiva a construção de um projeto em comum de cuidados de saúde para atender as necessidades dos usuários com qualidade, de forma integral<sup>23</sup>.

O estudo qualitativo realizado por Leite<sup>26</sup> também aponta as dificuldades de se trabalhar em equipe no contexto do SUS. Em sua pesquisa foram entrevistados 40 profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ressalta-se que o trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as diversas intervenções técnicas e na interação de pessoas de diferentes áreas profissionais. A articulação das ações se dá por meio da comunicação, a qual deve ser horizontal e cotidiana.

### **ESCASSEZ DE CAPACITAÇÕES**

Segundo o Artigo 200, no seu inciso III, na Constituição Federal de 1988<sup>27</sup>, é atribuição do Sistema Único de Saúde ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde.

No ano de 2009 foi estabelecida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual define que a educação permanente em saúde é responsabilidade de todas as esferas do governo e deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde<sup>28</sup>.

Nesta pesquisa, ao questionar os profissionais sobre a oferta de capacitações/educação continuada, tanto na primeira quanto na segunda coleta, 75% afirmavam haver esse tipo de oferta. Porém nos relatos das entrevistas semiestruturadas observou-se hierarquização quanto aos profissionais que participam das capacitações, e são mais voltadas para médicos e enfermeiros. Identificou-se também, que o excesso de trabalho dificulta a ocorrência de maior número de capacitações. Como pode-se verificar nos relatos abaixo:

*GABRIELA CRAVO E CANELA: “Tem, mas é lá de vez enquanto, e é mais pro pessoal de nível superior, para técnico e agente é muito pouco.”*

*TIETA: “Poderia ter mais. Eu acho que se houvesse mais tempo, haveria mais capacitações.”*

A prática da Educação Permanente em Saúde, apresenta-se como desafio evidente no trabalho diário dos profissionais eSF. Concorda com os achados desta pesquisa, o estudo realizado por Alves<sup>29</sup>, que mostra que a grande demanda de trabalho é o principal agravante que dificulta o estabelecimento de ações formativas aos profissionais.

Além da dificuldade de ocorrência de capacitações existe também a dificuldade de realizá-las de forma efetiva, com discussões relevantes na realidade da Atenção Primária, Paulino<sup>30</sup> descreve que as ações educativas devem ser problematizadas e só serão relevantes se despertarem nos trabalhadores a capacidade de reflexão sobre seus valores e condutas no cotidiano e provocar transformações. A atualização é fundamental para a realização do trabalho uma vez que o conhecimento é algo dinâmico e a cada dia surgem novas informações que o profissional precisa buscar e acompanhar.

## **RELAÇÃO MÉDICO COMUNIDADE**

Na percepção dos profissionais a relação médico comunidade foi o fator que mais experimentou mudanças após a chegada do médico vinculado ao Programa Mais Médicos.

Segundo os profissionais da eSF este novo médico desenvolveu uma boa relação com a comunidade, o que permitiu a realização de um cuidado mais humanizado e mais integral à população, como pode-se verificar nos trechos expostos a seguir:

*ANTÔNIO BALDUÍNO: “A chegada da doutora Maria Fernanda ajudou bastante no sentido de elo entre o médico mesmo, porque antes era mais o agente comunitário e o enfermeiro. Mas ela é muito próxima assim à população, ela interage bastante com eles. Coisa que isso antes não tinha.” (sobre a participação da comunidade)*

*VADINHO: “A doutora Maria Fernanda, ela é uma excelente médica, como eu te falei, bem vinculada com os pacientes, ela é muito próxima da população e eu acho isso muito importante da saúde pública. Por que hoje em dia esses médicos eles tem dificuldade nisso, assim não menosprezando o trabalho deles, mas eu acho que a estratégia de saúde da família é isso: conhecer realmente tudo o que acontece lá dentro da casa da pessoa pra saber se o que ele fala no consultório tem haver ou não, eu acho isso bem importante, e ela trouxe essa mudança pra dentro da unidade aos poucos.”*

Construir um bom relacionamento com o usuário requer do médico disposições, como por exemplo, demonstrar real interesse, ter presente que este é sempre o protagonista do encontro clínico. A observação, a capacidade de escutar com paciência e abertura são também elementos fundamentais para construção de uma relação positiva que se reforça no momento do exame físico e da escuta observativa, elementos indispensáveis no encontro médico-paciente<sup>31</sup>.

David Mendel<sup>32</sup>, em sua obra denominada *Proper Doctoring*, faz a seguinte citação sobre o relacionamento médico paciente:

*“Os pacientes querem ser escutados e ver que há interesse por eles; querem que o médico procure entender o que pensam, o que sentem, mesmo que não saibam expressá-lo. O médico tem de saber se o paciente está ou não satisfeito com os serviços prestados. Este tipo de relação é impossível se o médico está convencido de ser uma estrela e que, ao paciente, caberia apenas*



*admirá-lo. Todos temos a inclinação de pensar que somos o centro do Universo".*

Neste estudo, como já relatado na categoria Interesse pelo Paciente, todos os usuários relataram que o novo médico passou a realizar exame físico durante a consulta e que este deixa tempo suficiente para que eles possam falar. Estes são fatores fundamentais no desenvolvimento de um atendimento integral, com respeito aos princípios da Atenção Primária.

### **Conclusão**

Pode-se concluir, após a análise das entrevistas realizadas neste estudo, que a percepção dos usuários em relação ao Programa Mais Médicos foi positiva, na qual foi identificado um atendimento mais humanizado e integral por parte deste novo profissional. Já na percepção dos profissionais não houve diferenças em relação à organização e estruturação da equipe, isso se deu principalmente devido à grande demanda de trabalho o que dificulta a realização de atividades de capacitação e a realização de reuniões de equipe.

**Referências:**

- 1- Ministério da Saúde (Brasil). Pacto Nacional pela Saúde. 2013. [acessado 2016 Mar 29] Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_nacional\\_saude\\_mais\\_medic\\_os.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medic_os.pdf)
- 2- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Seção 1, p.49\_52. [acessado 2016 Mar 10] Disponível em:  
[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/16/Portaria\\_Interministerial\\_1369\\_2013Mais\\_Medicos.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/16/Portaria_Interministerial_1369_2013Mais_Medicos.pdf).
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. PROGRAMA MAIS MÉDICOS [Internet]. [acessado 2016 Mar 12]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos - Sistema De Gerenciamento de Programas. [acessado 2016 Mar 20] Disponível em: <http://maismedicos.saude.gov.br/new/web/app.php/maismedicos/rms>
- 6- Azevedo SP, Andrade AC, Ribeiro FW, Salles PRC, Santos STC, Damasceno AG. Projeto Mais Médicos para o Brasil: Percepção da Comunidade. [Internet] [acessado 2016 Mar 20] Disponível em:  
[http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/sched\\_Conf/presentations](http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/sched_Conf/presentations)
- 7- Lima T, Arcieri R, Garbin C, Moimaz S, Saliba O. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde Soc. São Paulo* 2014; 23(1):265-276.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Ministério da Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
- 9- DA ROS MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Martins JJN, Rego S,

- Lampert JB, Araújo JGC(Orgs). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.
- 10- MINAYO, M.C S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec- ABRASCO, 2014.
  - 11- GIL AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
  - 12- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades [internet]. [acessado 2016 Mar 29]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>
  - 13- PAZ EPA, PARREIRA PMSD, SERRA ADJ, PALASSON LRR, FARIAS SNP. *Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde*. Acta Paul Enferm. 2014; 27(5):419-26
  - 14- Bergmann L. *A pesquisa de satisfação dos usuários da estratégia de Saúde da Família: uma análise do seu potencial pedagógico na formação dos profissionais para atuação na Atenção Primária*.
  - 15- BRITO LMD. *Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico*. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia-FCE. 2014.
  - 16- Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. Rev. salud pública 2011; 13(4): 703716.
  - 17- Junges RJ, Barbiani R, Fernandes RBP, Prudente J, Schaefer R, Kolling V. O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização. *Saúde Sociedade* 2012; 21(3):686-697.
  - 18- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(8):2071-2085.
  - 19- Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - Acolhimento à Demanda Espontânea*. Volume 1, 1º edição, 1º reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
  - 20- Falk MLR, Falk JW, de Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de Humanização: percepção do Usuário e do trabalhador em saúde. Rev APS 2010;

13(1): 4-9.

- 21- GOMES L, VIANNA C. *Interação do profissional de saúde com o paciente idoso. J. bras. med; 95(5/6): 36-39, nov.-dez. 2008.*
- 22- FERNANDES HN, THOFEHRN MB, PORTO AR, AMESTOY SC, JACONDINO MB, SOARES MR. *Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. J. res.: fundam. care. online 2015. jan./mar. 7(1):1915-1926*
- 23- NAVARRO ASDS, GUIMARÃES RLDS, GARANHANI ML. *Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. Rev Min Enferm. 2013 jan/mar; 17(1): 69-75*
- 24- AMARAL IBDST. *Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, P. 1173-1118*
- 25- PRADO EVD, SALES C, NOMIYAMA S. *Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégia Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. Revista Interface Comunicação Saúde Educação 2014; 18 Supl 2:1441-1452*
- 26- LEITE DF, NASCIMENTO DDGD, OLIVEIRA MADC. *Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [ 2 ]: 507-525, 2014*
- 27- *Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Artigo 200, inciso III.*
- 28- MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9 Brasília – DF 2009.*
- 29- ALVES MDR, ALVEZ CDR, SANTOS CLDS, SILVA DMD, AGUIAR ACDSA. *Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. J. res.: fundam. care. online 2014. jul./set. 6(3):882-888*
- 30- PAULINO VCP, BEZERRA ALQ, BRANQUINHO NCDSS, PARANAGUÁ TTDB. *Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):312-6.*

- 31- BLASCO PG. A Arte Médica (II): a relação com o paciente. RBM Oncologia Mar 14 pag 13-21.
- 32- MENDEL D. Proper Doctoring: A Book for Patients and their Doctors.

**Tabela 1. Descrição das questões em relação ao acesso aos serviços de saúde realizada com usuários da equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde no extremo sul catarinense.**

Questões	Primeira coleta	Segunda coleta
<b>Acesso aos serviços de saúde</b>		
Qual a distância da sua casa até esta unidade de saúde?		
Quadras/ quilômetros	9	
O que o senhor (a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?		
Perto	5	
Razoável	2	
Longe	2	
A unidade de saúde funciona cinco dias na semana:		
Sim	9	
O médico está presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante todos os horários de funcionamento da unidade?		
Sim	8	5
Não sabe	1	4
Se o (a) senhor (a) quiser, pode escolher a equipe que lhe atenderá?		
Sim	3	4
Não	5	5
Não sabe	1	0

**Tabela 2. Descrição das questões em relação a marcação de consulta e acolhimento realizada com usuários da equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde no extremo sul catarinense.**

Questões	Primeira coleta	Segunda coleta
<b>Marcação de consulta na unidade de saúde</b>		
Na maioria das vezes, como o senhor (a) faz para marcar consulta na unidade de saúde:		
Marca por telefone	0	3
Vai à unidade e marca atendimento a qualquer hora	8	9
Vai à unidade e pega ficha, é necessário pegar fila.	1	0
Quando o senhor (a) consegue marcar consulta normalmente é para o mesmo dia?		
Sim	0	1
Não	9	8
Quando o (a) senhor (a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:		
Em turno e dia definido	9	9
Encaixe	1	1
<b>Acolhimento à demanda espontânea</b>		
Na maioria das vezes que senhor (a) vem à unidade de saúde sem hora marcada para resolver qualquer problema consegue ser escutado?		
Sim	7	8
Não	2	1
Quais são os profissionais que lhe escutam:		
Médico	5	9
Enfermeiro	6	3
ACS	1	2
Desde a sua chegada na unidade de saúde quanto tempo o (a) senhor (a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional da saúde?		
Minutos	50	45
O que o (a) senhor (a) acha sobre a forma de acolhimento recebido ao procurar atendimento?		
Muito bom	1	6
Bom	5	3
Razoável	0	1
Ruim	3	0
As orientações que os profissionais dão para o (a) senhor (a) na unidade atendem às suas necessidades?		
Sim, sempre.	1	9
Sim, algumas vezes.	6	0
Não.	2	0
O (A) senhor (a) se sente respeitado pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião?		
Sim, sempre.	8	9
Sim, algumas vezes.	1	0
Quando o (a) senhor (a) teve algum problema de saúde, onde procurou atendimento?		
Nesta unidade	6	6
Hospital público	0	2
Hospital particular	2	0
Pronto Socorro 24 horas	5	3

**Tabela 3. Descrição das questões em relação atenção integral à saúde, vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado, realizada com usuários da equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde no extremo sul catarinense.**

Questões	Primeira coleta	Segunda coleta
<b>Atenção integral à saúde:</b>		
Quando é atendido nesta unidade de saúde o (a) senhor (a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas a própria unidade de saúde?		
Sim	8	9
Não	1	0
Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico em você, tocam no seu corpo para examinar?		
Sempre	1	9
Na maioria	4	0
Quase nunca	2	0
Nunca	2	0
Nas consultas com qual frequência o (a) senhor (a) é orientado sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, como repouso, alimentação e outros?		
Sempre	2	6
Na maioria das vezes	2	2
Quase nunca	1	0
Nunca	4	1
Na sua opinião: durante as consultas os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?		
Sempre	3	9
Na maioria das vezes	3	0
Quase nunca	2	0
Nunca	1	0
Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de a saúde que o (a) senhor (a) tem ou possa ter além dos relacionados com o motivo da consulta?		
Sempre	1	6
Na maioria das vezes	1	3
Quase nunca	2	0
Nunca	5	0
<b>Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado</b>		
Durante o atendimento o médico deixa tempo suficiente para o (a) senhor (a) falar sobre as suas preocupações ou problemas?		
Sim	2	9
Sim, algumas vezes.	4	0
Não	3	0
Na maioria das vezes quanto tempo dura a consulta?		30
Minutos:	15	
Nesta unidade o (a) senhor (a) é atendido pelo mesmo médico?		
Sempre	0	8
Na maioria das vezes	5	1
Quase nunca	4	0
O médico desta unidade lhe chama pelo nome?		
Sim	9	9
Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do senhor?		
Sim	1	8
Sim, algumas vezes.	4	1
Não	3	0
Não sabe	1	0
Quando o (a) senhor (a) precisa tirar dúvidas após consultas tem facilidade para falar com os profissionais?		



Sempre	0	5
Na maioria das vezes	1	3
Quase nunca	2	0
Nunca	6	1
O(A) senhor(a) se sente a vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?		
Sempre	5	8
Na maioria das vezes	1	1
Quase nunca	1	0
Nunca	2	0
O seu agente comunitário de saúde visita o(a) senhor(a) na sua casa?		
Sim	7	7
Não	2	2
Outros profissionais da equipe visitam a casa do(a) senhor(a)?		
Sim	0	1
Não	9	8
Na maioria das vezes o(a) senhor(a) consegue tirar as suas dúvidas com os profissionais da saúde?		
Sim, sempre	5	9
Algumas vezes	1	0
Nunca	2	0
Nunca tive dúvidas	1	0

---

**Tabela 4. Descrição das questões em relação modalidade e profissionais da equipe, formação, educação permanente, planejamento de ações, reunião em equipe, organização de agenda, apoio matricial, promoção de saúde, acolhimento e visitas domiciliares realizada com profissionais da equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde no extremo sul catarinense.**

Questões	Primeira coleta	Segunda coleta
<b>Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica</b>		
Qual o tipo desta equipe:		
Equipe de saúde da família - com saúde bucal	4	
Equipe de saúde da família - sem saúde bucal	1	
Equipe de atenção básica (parametrizada) - Sem saúde bucal	1	
Não sabe	2	
Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica:		
Médico	8	
Enfermeiro	8	
Dentista	6	
Técnico em enfermagem	7	
Auxiliar de enfermagem	2	
Técnico em saúde bucal	4	
Auxiliar em saúde bucal	1	
Agente comunitária de saúde	8	
Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:		
Médico pediatra	7	
Médico Gineco- obstetra	5	
Medico generalista	2	
Psicólogo	7	
Fisioterapia	8	
Nutricionista	7	
Assistente social	7	
Outros	6	
Na unidade de saúde, as equipes se organizam de modo a permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre com qual equipe deseja ser atendido:		
Sim	2	
Não	6	
<b>Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica</b>		
O senhor (a) possui ou está em formação complementar:		
Sim	4	
Não	4	
<b>Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas:</b>		
Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica:		
Sim	6	3
Não	2	1
<b>Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho de equipe</b>		
Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?		
Sim	5	3
Não	3	1
Foi realizado processo de levantamento de problemas?		
Sim	6	4
Não	2	0
Foram elencadas prioridades?		

Sim	6	3
Não	2	1
Foi estabelecido um plano de ação?		
Sim	4	3
Não	4	1
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses?		
Sim	1	0
Não	7	4
<b>Reunião da equipe de atenção básica</b>		
A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?		
Sim	5	3
Não	3	1
Qual a periodicidade das reuniões?		
Semanal	1	3
Quinzenal	2	0
Mensal	2	0
Sem periodicidade definida	1	0
Qual são os temas das reuniões de equipe?		
Organização do processo de trabalho e do serviço	5	1
Discussão de casos pela equipe	3	2
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial	2	0
Planejamento das ações da equipe	5	3
A equipe planeja programa suas atividades considerando:		
Construção de agenda de trabalho	4	2
Metas de atenção básica	2	2
Informações do SIAB	1	1
Informações locais	4	2
Desafios apontados a partir da autoavaliação	1	0
As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e Sociais	5	2
<b>Apoio matricial a equipe de atenção básica</b>		
A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?		
Sim	6	4
Não	1	0
Não sabe/não respondeu	1	0
Qual a frequência que a equipe recebe o apoio?		
Semanal	3	1
Mensal	1	0
Sem periodicidade	3	3
Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe?		
Consultas clínicas de pacientes da atenção básica	5	3
Discussão de casos clínicos, casos difíceis e desafiadores	4	3
Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica	2	2
Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica	1	0
Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe	3	1
Realizam visitas com os profissionais da sua equipe	7	3
<b>Acolhimento à demanda espontânea:</b>		
Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?		
Sim	8	4
Em quais turnos é feito o acolhimento?		
Manhã	8	4
Tarde	8	4
Com que frequência acontece?		

Cinco dias por semana	8	4
Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?		
Sim	7	4
Não	1	0
Quais profissionais participam do acolhimento?		
Médico	0	2
Enfermeiro	8	4
ACS	0	2
Outros	2	2
Os profissionais da equipe que fazem acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		
Sim	4	2
Não	1	1
Não sabe	3	1
Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada a unidade de saúde até o momento da primeira escuta/Acolhimento?		
Minutos	6	3
Não sabe	2	1
Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia (urgência), há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?		
Sim	8	4
A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários?		
Sim	2	1
Não	6	3
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?		
Sim	5	4
Não	1	0
Não sabe/Não respondeu	2	0
Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado:		
Marca usuários na agenda do médico	8	4
Marca usuários na agenda do dentista	2	1
Marca usuários na agenda de outro profissional	2	1
Marca usuários na agenda do enfermeiro	3	1
Orientações, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma nova consulta.	6	4
Prescrição de uma medicação	1	1
Outros (s)	2	0
<b>Organização da agenda</b>		
A equipe possui uma agenda semanal de atividades pactuadas pelo conjunto de profissionais que integram a equipe?		
Sim	3	2
Não	5	1
Não sabe	0	1
A agenda é compartilhada entre os profissionais?		
Sim	2	1
Não	6	3
A agenda está organizada para a realização de visitas domiciliares?		
Sim	8	4
A agenda da equipe é organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?		
Sim	6	3
Não	2	1
A equipe programa consultas e ações para usuários ou grupos prioritários que necessitam de cuidados continuado?		
Sim	8	2

Não	0	2
Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar as suas dúvidas pós-consulta e/ou para que possa mostrar resultados de exames?		
Sim	3	2
Não	5	2
<b>Promoção de saúde:</b>		
A Equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:		
Mulheres	6	0
Planejamento familiar	6	0
Gestantes e puérperas	6	2
Homens	5	
Idosos	5	1
Alimentação saudável	6	
Prevenção e tratamento da hipertensão	8	1
Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus	8	1
Ações da saúde bucal	8	1
Grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	5	1
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	4	2
Hanseníase	3	
Tuberculose	4	1
Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e a saúde reprodutiva	5	0
Realiza grupos com objetivo de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território	5	0
A equipe incentiva a desenvolver a UBS ou no território:		
Atividade física	1	1
<b>Visitas domiciliares e cuidado realizado no domicílio</b>		
A equipe realiza visita domiciliar?		
Sim	8	4
Os ACSs têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?		
Sim	5	2
Não	2	1
Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?		
Médico	8	4
Enfermeiro	8	4
Agente comunitária de saúde	6	4
Outros	6	1
Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de:		
Sintomáticos respiratórios	3	1
Gestantes faltosas	5	3
Hipertensos faltosos	4	1
Diabéticos faltosos	4	1
Mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico	4	2
Mulheres com coleta do exame citopatológico em atraso	4	1
Mulheres com exame citopatológico alterado	4	2
Outro	1	0
A participação de outros profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios:		
Demanda programada	4	2
Critérios de risco biológico e vulnerabilidade social identificado pela equipe	5	4
Demanda espontânea com solicitação da família	3	1



## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da realização desta pesquisa foi possível analisar a percepção dos usuários e profissionais da saúde da Equipe de Atenção Primária sobre o Programa Mais Médicos, verificando-se assim o seu impacto e identificando-se os fatores que interferem na qualidade da atenção.

Observou-se que o atendimento prestado pelo médico vinculado ao Programa foi, na percepção dos usuários, mais humanizado e integral, sendo que o médico realizou exame físico, deixou mais tempo para que o usuário falasse durante a consulta, demonstrando maior interesse pelo paciente. Já na percepção dos profissionais da Equipe de saúde não houveram diferenças em relação a dinâmica da equipe, isso se deu principalmente pelo excesso de demanda de trabalho que dificulta a organização da equipe.

Destaca-se que este trabalho traz contribui para uma reflexão sobre a formação, principalmente, do profissional médico. Sendo, está mais resolutiva e eficaz quando ocorre voltada para a saúde da família e dentro dos princípios da Atenção Primária.





## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Ministério da Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Brasília: CONASS, 2007.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **PACTO NACIONAL PELA SAÚDE**, 2013.
3. CARVALHO. G. **Saúde Pública no Brasil- Um pouco de história dos grandes protagonistas do atual sistema de saúde**. Estudos Avançados, 2013.
4. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Declaração da Alma-Ata. Saúde para todos no ano de 2000. 12 de setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS.
5. DA ROS MA. **A ideologia nos cursos de medicina**. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.
6. GIL. AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
7. JÚNIOR. A. P, JÚNIOR. L. C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Revista Espaço da Saúde, Londrina, 2006.
8. LIMA. T, ARCIERI. R, GARBIN.C, MOIMAZ. S, SALIBA. O. **Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.265-276, 2014.
9. MINAYO, M.C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec- ABRASCO, 2014.
10. SITE JORNAL FOLHA. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2013/06/1300899-confira-os-cinco-pactos-em-favordo-brasil-definidos-por-dilma.shtml> Acesso em 09/06/2015 às 13:55h.
11. SITE PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/maismedicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil> Acesso em 29/05/2015 às 18h.
12. SITE REDE BRASIL ATUAL. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/politica/2014/06/um-ano-depois-de-dilma-propor-5pactos-so-faltou-a-reforma-politica-que-depende-do-congresso-9610.html> Acesso em 09/05/2015 às 13:59h.
13. SOUSA LM, MARANHÃO LC, OLIVEIRA KMD, FIGUEREDO LS, RODRIGUES DM, PIRES CAA. **Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil)**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 5058, jul./dez. 2011.
14. SOUZA. M.D.S. D, CABRAL. I.E. **25 anos de regulamentação do SUS e a 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2014.



**APÊNDICE A – Revisão Integrativa**

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS SOBRE A QUALIDADE DA  
ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA**

*PROFESSIONAL AND USERS PERCEPTION ABOUT THE QUALITY OF PRIMARY  
CARE: INTEGRATIVE REVIEW*

*PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA CALIDAD DE  
CUIDADO DE ATENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN INTEGRATIVA*

ZANOTTO W; SOUZA JMD, HEIDEMANN ITSB

## RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar a percepção do usuário e da equipe de saúde sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária. **Metodologia:** Foi realizada revisão integrativa da literatura. Foram descritores: Percepção, Profissionais da saúde, Relações Profissional-Paciente, Atenção básica/ Atenção primária, Qualidade da assistência à saúde, assim como os correspondentes, em inglês. **Resultados:** De um total de 219 estudos foram incluídos 12 artigos que atenderam aos critérios. Na percepção dos usuários, dentre os aspectos que afetam a qualidade da assistência estão tempo de espera pelo atendimento, a humanização, clareza nas orientações prestadas pelos profissionais e possibilidade de autonomia nas decisões. Na visão dos profissionais, os fatores elencados foram, em especial, a falta de participação comunitária e de formações de grupos de educação em saúde. **Conclusão:** Os fatores apontados pelos estudos sobre a qualidade da Atenção nos fazem refletir sobre a necessidade de aprimoramento da assistência e organização dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Percepção, Profissionais da saúde, Relações Profissional-Paciente, Atenção básica/ Atenção primária, Qualidade da assistência à saúde.

## ABSTRACT

Objective: to a the user's perception and health staff about the quality of care in primary care. Methodology: integrative literature review was performed. Were key words: perception, healthcare professionals, Professional-patient Relations, primary care/primary health care, quality of health care, as well as the corresponding, in portuguese. Results: a total of 219 studies were included 12 articles that met the criteria. The perception of users, one of the aspects that affect the quality of care are waiting time for servicing, humanization, clarity in the guidelines provided by the professionals and the possibility of autonomy in decisions making. From the view of the professionals, the factors listed were, in particular, the lack of community participation and training of health education groups. Conclusion: the factors pointed to by studies on the quality of Attention makes us reflect on the need to improve the assistance and organization of health services.

Keywords: Perception, healthcare professionals, Professional-patient Relations, primary care/primary health care, quality of health care.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el personal de salud y percepción del usuario sobre la calidad de la atención en Atención Primaria. **Metodología:** se realizó revisión de la literatura Integrativa. **Palabras clave:** Percepción, Profesionales de la salud, Las relaciones profesional-paciente, Atención Primaria de salud, Calidad de la Atención de la salud, así como la correspondiente, en inglés. **Resultados:** un total de 219 estudios fueron incluidos 12 artículos que cumplieron los criterios. La percepción de los usuarios, uno de los aspectos que afectan la calidad de la atención son el tiempo de espera para servicios, humanización, claridad en las pautas de los profesionales y la posibilidad de la autonomía en la toma de decisiones. En la vista de los profesionales, los factores mencionados fueron, en particular, la falta de participación de la comunidad y la formación de grupos de Educación de la salud. **Conclusión:** los factores señalados por los estudios sobre la calidad de la atención que nos hace reflexionar sobre la necesidad de mejorar la organización de los servicios de salud y asistencia.

**Palabras clave:** Percepción, cuidado de la calidad asistencial, de profesionales de la salud, las relaciones profesional-paciente, primaria atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

A III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, marcava o início do debate sobre a criação de um Sistema de saúde descentralizado e para todos <sup>(1-2)</sup>. As discussões continuaram por meio da organização popular, que contava com a participação de movimentos populares, como: a população da periferia, que não tinha acesso a atendimentos de saúde; a igreja católica, por meio das Comunidades Eclesiais de Base, que com a sua postura preferencial pelos pobres também trazia como bandeira o direito à saúde; partidos políticos progressistas e as universidades <sup>(2-3)</sup>.

Em 1986, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorreu a maciça participação comunitária, que se deu pela organização de Conselhos Municipais de saúde, proporcionando posteriormente, pela constituição de 1988, a garantia da saúde como um direito de todos <sup>(2,4-5)</sup>. Sendo assim, a saúde é um direito social, do mesmo modo que a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988 <sup>(1, 5-6)</sup>.

O surgimento e aumento das periferias, decorrente da ausência da Reforma agrária, levou ao empobrecimento da população rural, ocasionando uma grande migração desta população para os centros urbanos. Neste sentido, houve a necessidade do desenvolvimento da Atenção Primária à saúde; possibilitando um atendimento local, por meio de uma equipe multidisciplinar, integrando ações preventivas e curativas <sup>(7-8)</sup>.

A Declaração de Alma-Ata de 1978 definiu a Atenção Primária como *“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, estando ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade. Representando o primeiro nível de contato com os indivíduos, família e da comunidade, ao Sistema Nacional de Saúde, devendo ser levado aos lugares mais próximos de onde as pessoas vivem e trabalham. Constituinte o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde”*<sup>(9)</sup>.

Historicamente marcado por um modelo de assistência curativista e hospitalocêntrico, centrado na consulta médica, o sistema de saúde brasileiro carecia de mudanças profundas e radicais. A reestruturação da assistência à saúde ocorreu, principalmente, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Proporcionando mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, reafirmando assim os princípios do SUS, o PSF se expandiu rapidamente e tornou-se estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF). O número de equipes de Saúde da Família cresceu consideravelmente desde então <sup>(10,7,11-12)</sup>. Cada equipe do ESF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e

de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser incorporado o profissional dentista. Outros profissionais - como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos - poderão formar equipes de apoio. Os profissionais da Atenção Primária devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde <sup>(13-14)</sup>.

A Atenção Primária presta serviços com atenção voltada para bebês, idosos, adultos, crianças e adolescentes, englobando: saúde mental, saúde bucal, vigilância em saúde, promoção em saúde, procedimentos ambulatoriais e manejo de situações de urgência e emergência. Além disso, a Atenção Primária atua também por meio do acolhimento a demanda espontânea, consultas ampliadas, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares <sup>(13)</sup>.

Os usuários da Atenção Primária são na maioria do sexo feminino, com uma faixa de idade ampla, de 30 a 70 anos, grande parte são idosos. Ainda, a maioria dos usuários apresenta doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais relatada. Quando existentes, os grupos de educação em saúde na Atenção Primária são muitas vezes desenvolvidos com enfoque na doença e não na saúde. Outras vezes, não há interesse e adesão por parte dos usuários à sua participação nos grupos de educação em saúde. Segundo estudo realizado no estado do Pará quando questionados sobre a participação em algum programa ou em grupos de Educação em Saúde, no âmbito da Atenção Primária, mais que 50% dos indivíduos relataram não participar <sup>(15)</sup>. Contudo, nem sempre se conhecem os motivos que levam a uma não adesão às ações em saúde.

Ao questionar a comunidade e os profissionais que atuam na Atenção Primária, estes destacam pontos em que a qualidade da assistência mostra-se inferior ao ideal. Neste contexto, em geral os itens mais referidos são: o tempo de espera para o atendimento; a qualidade do atendimento em si, considerando-se aqui a explicação dos profissionais sobre os procedimentos à comunidade; o acolhimento à comunidade; a participação comunitária; autonomia e estrutura física <sup>(10,16-17)</sup>.

A identificação dos fatores que estão afetando a qualidade neste nível de atenção possibilitaria a correção posterior desses, representando uma ferramenta importante para o desenvolvimento de estratégias de gestão <sup>(15)</sup>. Esta revisão integrativa tem como objetivo avaliar a percepção do usuário e da equipe de saúde sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária.

## **METODOLOGIA**

Esta revisão integrativa foi realizada por meio de uma busca sistemática no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos artigos, teses e dissertações das bases de dados Medline ou Lilacs; somente com texto completo disponível; publicados nos últimos 10 anos (2004-2014); nos idiomas português, espanhol ou inglês que atendessem à questão norteadora do estudo: como é relatada a qualidade da assistência na Atenção Primária, na percepção de usuários e equipe/profissionais de saúde?

Foram utilizados os seguintes descritores: *Percepção, Profissionais da saúde, Relações Profissional-Paciente, Atenção básica/ Atenção primária, Qualidade da assistência à saúde, assim como os correspondentes, em inglês: Perception, Health Personnel, Professional- Patient Relations Primary Health Care, Quality of Health Care.*

Os descritores foram identificados no DeCS- Descritores em Ciências da Saúde, no período de Maio a Junho de 2015. A palavra *Percepção* trouxe como significado: ‘\_Processo pelo qual a natureza e o significado dos estímulos são reconhecidos e interpretados’. Já o termo *Profissionais da Saúde* tem como definição: ‘\_Indivíduos que trabalham na provisão de serviços de saúde, quer como médicos individuais ou empregados de instituição e programas de saúde, profissionais de saúde treinados ou não, sujeitos ou não a regulamento público’.

O descritor *Relações Profissional-Paciente* faz referência a ‘\_interação entre os funcionários da saúde e os pacientes’, os termos *Atenção básica/ Atenção primária* são definidos pelo DeCS segundo a Organização Pan- Americana de Saúde, 2003, como a ‘\_assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, posto ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas do seu desenvolvimento, com um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação.

Por fim, o termo *Qualidade da assistência à saúde* tem como definição: ‘\_níveis de excelência que caracterizam os serviços ou cuidados de saúde prestada, baseados em normas de qualidade’. Os termos em inglês são sinônimos destes já citados.

Os descritores foram combinados, de forma que as palavras percepção e qualidade da assistência à saúde pudessem sempre compor a busca: Percepção AND profissionais da saúde AND atenção básica AND Qualidade da assistência à saúde, Percepção AND Relações Profissional-Paciente AND atenção básica AND Qualidade da assistência à saúde,

Perception AND Health Personnel AND Primary Health Care AND Quality of Health Care e Perception AND Professional-Patient Relations AND Primary Health Care AND Quality of Health Care.



## RESULTADOS:

Foram encontrados 219 artigos; 93 deles atenderam aos critérios de elegibilidade. Houve a exclusão de 6 artigos por estarem repetidos em mais de um base de dados, 4 por não apresentar-se no formato completo e 71 por não atender à pergunta norteadora desta revisão, totalizando 12 artigos, de acordo com o fluxograma a seguir.

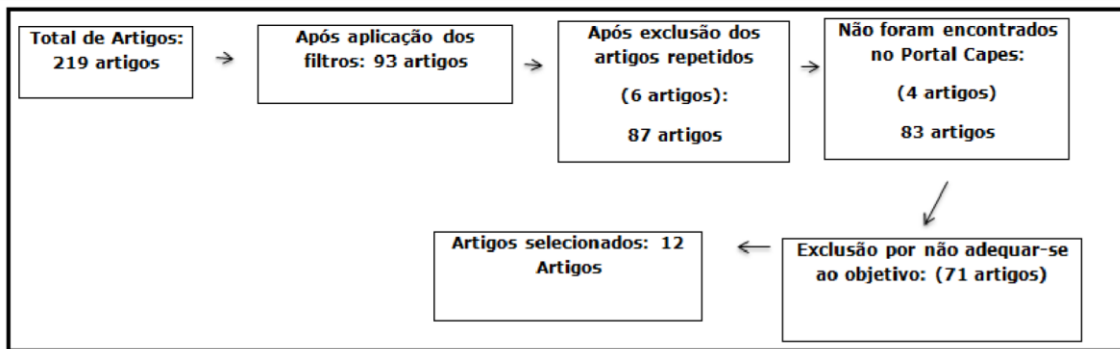


Figura 1: Fluxograma

Os estudos excluídos, na sua maioria, não traziam informações referentes a percepção dos usuários ou profissionais sobre a qualidade da assistência, não se adequando aos critérios de inclusão do estudo.

Os estudos selecionados são apresentados na Tabela a seguir, descrevendo-se suas características relativas a: nome dos autores, título do periódico, título do artigo, ano de publicação, objetivo do estudo, metodologia, principais resultados e conclusões.

Tabela 1: Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa (2004-2014) - a percepção de usuários e profissionais sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária.

<b>Autores</b>	<b>Título do periódico</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
SILVA. J, CALDEIRA. A.	Cadernos de Saúde Pública	Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde	2010	Verificar a adequação da equipe da saúde da família com as normas de qualidade definidas pelo Ministério da Saúde e a correlação com cuidados da saúde, de acordo com os profissionais de saúde.	Estudo transversal, descritivo, realizado através de um inquérito entre os profissionais das equipes da ESF, com abordagem quantitativa. Utilizou os formulários 4 e 5 do projeto AMQ ("consolidação do modelo de atenção" e "atenção	A pontuação mais baixa foi para a participação da comunidade e controle social. Os escores mais baixos foram relativos à saúde do adolescente.	O processo de formação dos recursos humanos pode interferir favoravelmente para transformação do modelo assistencial na ESF e traduzir-se em bons indicadores de saúde para a população.
LIMA. T, ARCIERI. R, GARBIN.C, MOIMAZ. S, SALIBA. O.	Saúde e Sociadade	Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos	2014	Analisar a percepção do idoso quanto ao cuidado humanizado na atenção básica de saúde, com enfoque sobre os aspectos do atendimento ambulatorial que interferem na qualidade do atendimento.	Estudo transversal descritivo, cuja população-alvo foi constituída por idosos, com idade de 60 anos. 30 questões, sobre os diversos aspectos do atendimento ambulatorial, como acesso, acolhimento, privacidade, confidencialidade, autonomia, estrutura física e conforto das unidades, relação médicopaciente; qualidade de atendimento global e geral do tratamento, bem como cuidados relacionados às operações e procedimentos.	Tiveram desempenho bem inferior a Autonomia, em que apenas 54,4% tiveram liberdade para tomar decisões sobre sua saúde ou tratamento; e Comunicação, em que 67,6% não obtiveram informações sobre outros tipos de tratamentos ou exames e 79,2% não tiveram oportunidade para esclarecimentos quanto às dúvidas sobre o tratamento.	Essa constatação é essencial para o aprimoramento dos serviços em saúde, visto que oferece um guia para eliminar os problemas em potencial que vêm ocorrendo na assistência básica. Dessa forma, a grande valorização e o baixo desempenho nos domínios Autonomia, Escolha dos profissionais e Estrutura física e conforto sugerem mudanças nos serviços prestados nas Unidades Básicas de

CLARES. J, SILVA. L, DOURADO. H, LIMA. L.	Revista de Enfermagem	Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: Percepção dos usuários	2011	Discutir as percepções dos usuários sobre a oferta e a resolutividade da regulação do acesso ao cuidado no contexto da atenção primária em saúde de Fortaleza/CE.	Estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa. A população foi constituída pelos usuários cadastrados no serviço selecionado para o estudo. As entrevistas foram gravadas e os depoimentos foram organizados e tratados por meio da técnica de análise de conteúdo.	Os participantes relataram fácil acesso à marcação de consultas, alta resolutividade dos problemas e efetividade do sistema de referência e contrarreferência. As principais limitações apontadas referem-se às dificuldades nos relacionamentos entre profissionais e usuários.	Concluiu-se que a satisfação do usuário está relacionada com as características facilitadoras do atendimento e com a qualidade do serviço prestado.
--	--------------------------	--	------	---	---	---	---

<b>Autores</b>	<b>Título do periódico</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
76 SEOANA. A.	Tese Faculdade de Saúde Pública	A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre humanização nos serviços de saúde	2012	Analisar a percepção dos médicos em enfermeiros sobre humanização nos serviços de saúde.	Estudo qualitativo, de coorte trasnversal, realizado por meio de uma entrevista.	Segundos os profissionais entrevistados os itens que interferem na humanização são: integralidade, direito dos usuários, dificuldade de relações, acesso ininterrupto, privacidade, vínculo e respeito e autonomia.	A percepção sobre humanização vária conforme a realidade de cada profissionais, o que pode influenciar a manutenção e garantia dos direitos dos usuários.
FERRARI. R, THOMSON. Z, MELCHIOR. R.	Cadernos de Saúde Pública	Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família.	2006	Analisar a percepção dos médicos e enfermeiros sobre a atenção à saúde do adolescente na ESF.	Investigação qualitativa descritiva, desenvolvida com médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário composto por questões fechadas e uma questão aberta.	Os discursos dos profissionais revelaram que existe atendimento aos adolescentes no serviço, mas não é sistematizado por terem outras prioridades; que o adolescente não procura o serviço; se sentem despreparados para atender e captá- los e; para implantar um programa de atenção à saúde do adolescente na estratégia será necessário reorganizar o serviço para capacitar os profissionais das equipes e inserir outros profissionais.	Profissionais consideram importante o atendimento diferenciado aos adolescentes, reconhecem suas limitações e mesmo que refiram não terem sido capacitados já desenvolveram algumas ações conjuntas com outras áreas.
VOOT. C, KASTEREN. G, CHEGE. P, DINANT. G.	Bio MedCentral Family Practice	What challenges hamper Kenyan family physicians in pursuing their family medicine mandate? A qualitative study among family physicians and their	2012	Analisar quais os desafios encontrados pelos médicos e outros profissionais da atenção básica, e a influência desses na qualidade da assistência.	Os médicos da família foram entrevistados quanto aos desafios que enfrentam na atenção primária. As entrevistas foram baseadas nos documentos governamental de saúde da família e Comitê de medicina da família.	Os desafio apontados foram: falta da consciência do papel dentro da equipe, falta de capacitação e falta de tempo. Foi percebido como ação do médico da família: proporcionar atenção integral , saúde gestão de cuidados , ensino.	Melhorar políticas relacionadas a Atenção Primária para garantir que os médicos de família tenha a chance de desempenhar as suas funções pretendidas .

colleagues

<b>Autores</b>	<b>Título do periódico</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
LEVESQUE. J, PINEAULT. R, TOUSIGNANT. P, COUTURE. A, SILVA. R, BRETON. M.	Bio MedCentral Family Practice	Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie	2010	Acompanhar a evolução da APS modelos organizacionais e seu desempenho relativo através do processo de reforma (de 2005 até 2010 ).	Três inquéritos interrelacionados: O primeiro inquérito é um inquérito de base populacional(seu nível de utilização dos cuidados de saúde serviços, atributos de sua experiência de atendimento, recepção de serviços preventivos e curativos e percepção de necessidades não atendidas de cuidados), o segundo inquérito é um inquérito organizacional das organizações da APS ( estrutura organizacional, nível de recursos, e as características da prática clínica), a terceira pesquisa é	Os resultados do estudo prospectivo de 2005 a 2010 ainda não foram apresentados, mas formarão a base para a criação de um modelo organizacional.	
TOURIGNY. A, AUBIN. M, HAGGERTY. J, BONIN. L, MORIN. D, REINHARZ. D, LEDUC. Y, ST-PIERRE. M, HOULE. N, GIGUÈRE. A, BENOUNISSA. Z, CARMICHAEL. P.	Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien	Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec.	2010	Avaliar como a reforma da atenção primária , que teve como objetivo promover interprofissional e práticas colaborativas interorganizacionais , experiências das dimensões centrais do cuidado primário aos pacientes.	uma avaliação do contexto Entrevista com 1275 pacientes. Foi utilizado o Ferramenta modificada de avaliação da Atenção Primária (acessibilidade, eficiência profissionais, tempo de espera, coordenação da atenção básica).	A percepção de continuidade relacional e informacional aumentou significativamente. A acessibilidade não melhorou, mas a percepção de cuidados médicos, especialista primário, diminuiu significativamente, a proporção de participantes relatando visitas com enfermeiros e relatórios de uso serviços de emergência aumentou	Esta reorganização da atenção primária resultou em mudanças consideráveis nos cuidados, o que levou a melhorias na continuidade de cuidados , mas não para melhorias em suas experiências de acessibilidade.

<b>Autores</b>	<b>Título do periódico</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Conclusões</b>
TAFESE. F, WOLDIE. M, MEGERSSA. B.	Ethiop J Health Sci.	Quality of family planning services in primary health centers of Jimma Zone, Southwest Ethiopia.	2013	Avaliar a qualidade dos serviços de planejamento familiar nos centros de saúde primários de Jimma Zone, Sudoeste da Etiópia.	Estudo transversal, entrevista com 301 usuários do planejamento familiar identificadas através da técnica de amostragem aleatória sistemática foi realizada através de um questionário estruturado e pré - testado. E um total de 150 sessões de consulta foram observados usando check list.	Havia uma escassez de alguns equipamentos médicos e equipes treinadas. A pontuação geral de satisfação foi de 8,64. A percepção dos clientes sobre a adequação da informação durante consulta, facilidade de chegar a clínica , curto tempo de espera e nível de escolaridade foram significativamente	É aconselhável que os gestores de saúde das unidades de saúde e da saúde do distrito garantir uma maior disponibilidade de pessoal treinado, materiais e outros suprimentos nas clínicas . Pois esses foram os principais fatores que afetar a qualidade do atendimento.
NANUONJO. A, MAKUMBI. F, ETOU. P, TOMSON. G, KALLANDER. K.	PLOS one	Perceived quality of care for common childhood illnesses: facility versus community based providers in Uganda.	2013	Comparar a qualidade percebida cuidadores de cuidados para menores de cinco anos tratados por malária, pneumonia e diarreia por agentes comunitários de saúde (ACSs) e trabalhadores de unidades de saúde primários.	Estudo Transversal. Aplicação de um questionário contento os seguintes itens: acessibilidade, continuidade de qualidade, abrangência, integração, interação clínica, o tratamento interpessoal e confiança. Os resultados das ACS e dos demais trabalhadores da UBS foram comparados.	associados com satisfação Os resultados deste estudo mostram classificações mais elevadas para os demais profissionais da equipe de saúde, que para as agentes comunitários em comparação com os cuidados recebidos em todos domínios de qualidade, exceto para a continuidade.	A maior qualidades dos demais profissionais da saúde pode estar associado ao fato destes terem maior conhecimento em relação as patologias. Sendo assim, uma maior capacitação das ACS's pode aumentar a qualidade deste serviço.
RATANAWON GSA. N, BHANDARI. V, HANDLEY. M, RUNDALL. T, HAMMER. H, SCHILLINGER . D.	Journal of Diabetes Science and Technology	Primary care provider perceptions of the effectiveness of two self-management support programs for vulnerable patients with diabetes.	2012	Avaliar as perspectivas dos Provedores de cuidados primários (equipe de saúde da Família) sobre a eficácia de dois programas de tratamento para a diabetes.	Ensaio clínico randomizado comparando a qualidade de 3 intervenções (orientações pelo telefone, visita médica e atendimento na Atenção primária) realizadas com diabeticos, foram avaliados: a autonomia do paciente, a qualidade dos atendimentos e as barreiras.	Pacientes que receberam uma intervenção com maior participação dos profissionais, na atenção primária, eram percebidos como mais ativos (pelos profissionais), sendo estes os que alcançavam mais as metas do tratamento.	Prestadores de cuidados primários perceberam que os pacientes que recebem apoioe tinham superar as barreiras , participaram mais ativamente , e receberam maior cuidados.

Autores	Título do periódico	Título do artigo	Ano de publicação	Objetivo do estudo	Metodologia	Principais resultados	Conclusões
KRUGMAN. S, GARFUNKEL. L, OLSSON. J, FERREL. C, SERWINT. J.	Academic Pediatric Association	Does Quality of Primary Care Vary by Level of Training in Pediatric Resident Continuity Practices?	2009	O objetivo deste estudo foi comparar a percepção dos pais sobre a qualidade dos cuidados prestados pelos residentes do primeiro ano contra os do terceiro ano .	Entrevista foi realizada com todos os pais que identificaram um pediátrica residente como um prestador de cuidados primários.	Os residentes PL-3 foram classificados como cuidado superior. Esta disparidade foi principalmente devido a diferenças na continuidade do cuidado. As comparações dos outros domínios da comunicação, a integralidade, o acesso, o conhecimento contextual, e coordenação não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Os pais classificaram os residentes do 3º ano como tendo maior conhecimento em orientação.	Os Pais classificaram os residentes em ambos os níveis de formação muito altos para a qualidade dos cuidados prestados. Os residentes do 3º ano tiveram maior escores de continuidade longitudinais e foram e maior conhecimento sobre aconselhamento e coordenação do cuidado.

Em relação à metodologia, os artigos são em sua maioria de abordagem qualitativa, utilizando como instrumento entrevistas abertas e/ou semi-estruturadas, sendo estas, aplicadas aos usuários ou com os profissionais das Equipes de saúde da família.

Dos artigos analisados, 6 relatam a percepção dos usuários sobre a qualidade, e outros 6, a percepção dos profissionais da saúde.

## DISCUSSÃO

Pôde-se observar que a maioria das informações a respeito da qualidade da assistência são concordantes. Os fatores mais apontados para a definição da qualidade da assistência foram: continuidade da atenção <sup>(18-19-20)</sup>, acessibilidade <sup>(17,21,18)</sup>, dificuldade de comunicação entre usuário e equipe <sup>(16-17,20)</sup>, capacidade dos profissionais de saúde de dar orientações <sup>(18,22-23)</sup>.

Outros pontos que foram relatados por usuários e profissionais da Atenção Básica foram: pouca participação da comunidade <sup>(10,21)</sup>, privacidade e respeito <sup>(20)</sup>, escassez de equipamentos adequados e tempo de espera pelos atendimentos <sup>(21)</sup>, autonomia dos usuários <sup>(16,20)</sup>, falta de capacitação da equipe e despreparo da equipe para atender de acordo com os princípios da Atenção Primária <sup>(21,24)</sup>.

Referente à escassez de equipamentos e tecnologia, cabe aqui ressaltar-se que os níveis de complexidade de assistência à saúde diferem-se pela necessidade e tipo de tecnologia utilizada. A Atenção Primária faz uso de baixa tecnologia, ou seja, tecnologia leve. Sendo assim é necessário que os profissionais saibam realizar anamnese e exames físicos por meio do contato e toque ao paciente, para que assim se efetue um diagnóstico e tratamento de qualidade <sup>(10)</sup>.

Relata-se que o grau de escolaridade dos usuários influenciou no grau de satisfação pelo serviço da Atenção Primária; assim, os usuários com um maior nível de escolaridade relataram o serviço como menor qualidade e pacientes com nível de escolaridade menor, perceberam uma maior satisfação em relação à qualidade de Atenção Primária <sup>(16)</sup>.

As equipes de Saúde da Família relatam que algumas populações são mais difíceis de serem atendidas com a devida qualidade, como é o caso dos jovens e adolescentes. As equipes relatam que é necessária maior capacitação dos profissionais neste sentido e criação de políticas e estratégias próprias para esta faixa etária <sup>(10,21)</sup>.

Destaca-se que uma maior capacitação dos profissionais da Atenção Primária, na forma de educação continuada, que inclua os Agentes Comunitários de Saúde, voltada para o empoderamento, permitindo que estas auxiliem no estabelecimento de um melhor



relacionamento equipe-usuário e garantindo a autonomia dos usuários, são medidas essenciais para a melhoria da qualidade da assistência <sup>(10,24,18,21,23)</sup>.

Uma reorganização das estratégias, possibilitando aos profissionais terem maior tempo para a realização de atendimentos, promoção de grupos de educação em saúde e visitas domiciliares, além da melhor disponibilidade de recursos físicos e estrutura beneficiariam a Atenção Primária positivamente <sup>(16,21,25,26)</sup>, promovendo benefícios na qualidade da atenção junto aos usuários e provavelmente maior satisfação dos profissionais de saúde quanto à dinâmica de trabalho.

## CONCLUSÃO

A identificação dos aspectos que determinam a qualidade neste nível de atenção é essencial, para que assim, consiga-se realizar as ações necessárias, visando garantir a qualidade do serviço. Neste contexto, após a análise dos artigos selecionados foi possível observar que mudanças nas políticas de estratégia, garantindo melhores condições de trabalho aos profissionais das eSF, capacitando-os dentro dos princípios da Atenção Primária e aprimoramento na estrutura física e recursos seriam positivas para a qualidade da Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS

- 1- PAIVA CHA, TEIXEIRA LA. **Reforma sanitária e acriação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- 2- CARVALHO G. **Saúde Pública no Brasil- Um pouco de história dos grandes protagonistas do atual sistema de saúde.** Estudos Avançados, 2013.
- 3- CAVALCANTI MLT, CABRAL MHP, ANTUNES LR. **Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1813-1823, 2012
- 4- JÚNIOR AP, JÚNIOR LC. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** Revista Espaço da Saúde, Londrina, 2006.
- 5- SOUZA MDSD, CABRAL IE. **25 anos de regulamentação do SUS e a 15ª Conferência Nacional de Saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2014.
- 6- SILVA SEDS, RAMOS FRS, MARTINS CR, PADILHA MI, VASCONCELOS EV. **Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de**

**assistência à saúde.** Rev Esc Enferm USP, 2010.

- 7- SANTOS NRD. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** Ciência & Saúde Coletiva, 2013.
- 8- CASTRO ALBD, MACHADO CV. **A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (4):693-705, abr, 2010.
- 9- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Declaração da Alma- Ata. Saúde para todos no ano de 2000. 12 de setembro de 1978, Alma- Ata, Casaquistão, URSS.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Ministério da Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Brasília : CONASS, 2007.
- 11- SILVA JMDS, CALDEIRA AP. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde.** Caderno de Saúde Pública, 2010.
- 12- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, 2010.
- 13- DA ROS MA. **A ideologia nos cursos de medicina.** Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.
- 14- COTTA RMM, SCHOTT M, AZEREDO CM, FRANCESCHINI SDCC, PRIORE SE, DIAS G. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2006.
- 15- SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Carteira de Serviços- Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde.** Agosto de 2010.
- 16- SOUSA LM, MARANHÃO LC, OLIVEIRA KMD, FIGUEREDO LS, RODRIGUES DM, PIRES CAA. **Perfil dos usuários atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em Ananindeua (Pará-Brasil).** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 50-58, jul./dez. 2011.
- 17- LIMA. T, ARCIERI. R, GARBIN.C, MOIMAZ. S, SALIBA. O. **Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.265276, 2014.
- 18- CLARES. J, SILVA. L, DOURADO. H, LIMA. L. **Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011.
- 19- TOURIGNY. A, AUBIN. M, HAGGERTY. J, BONIN. L, MORIN. D, REINHARZ. D. et

- al. **Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform.** *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* Vol 56: july • juillet 2010.
- 20- NANUONJO. A, MAKUMBI. F, ETOU. P, TOMSON. G, KALLANDER. K. **Perceived Quality of Care for Common Childhood Illnesses: Facility versus Community Based Providers in Uganda.** PLOS ONE, November 2013
- 21- SEOANA. A. **A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre a humanização nos serviços da saúde.** Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, São Paulo- 2012.
- 22- FERRARI. R, THOMSON. Z, MELCHIOR. R. **Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2491-2495, nov, 2006.
- 23- TAFESE. F, WOLDIE. M, MEGERSSA. B. **QUALITY OF FAMILY PLANNING SERVICES IN PRIMARY HEALTH CENTERS OF JIMMA ZONE, SOUTHWEST ETHIOPIA.** Ethiop J Health Sci. Vol. 23, No. 3 November 2013.
- 24- KRUGMAN. S, GARFUNKEL. L, OLSSON. J, FERREL. C, SERWINT. J. **Does Quality of Primary Care Vary by Level of Training in Pediatric Resident Continuity Practices?** Academic Pediatric Association, 2009.
- 25- VOOT. C, KASTEREN. G, CHEGE. P, DINANT. G. **What challenges hamper Kenyan family physicians in pursuing their family medicine mandate? A qualitative study among family physicians and their colleagues.** BMC Family Practice 2012.
- 26- LEVESQUE. J, PINEAULT. R, TOUSIGNANT. P, COUTURE. A, SILVA. R, BRETON. M. **Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie.** BMC Family Practice 2010.
- 27- RATANAWONGSA. N, BHANDARI. V, HANDLEY. M, RUNDALL. T, HAMMER. H, SCHILLINGER. D. **Primary Care Provider Perceptions of the Effectiveness of Two Self-Management Support Programs for Vulnerable Patients with Diabetes.** Journal of Diabetes Science and Technology Volume 6, Issue 1, January 2012.



**APÊNDICE B – Instrumento de avaliação da qualidade da Atenção Básica Profissionais da Equipe de Saúde da Família**

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	
<b>1- (II.2) Identificação da equipe de Atenção básica:</b>	
<b>Nome da Unidade:</b>	
<b>Estado:</b>	<b>Município:</b>
<b>Endereço:</b>	
<b>Telefone:</b>	
<b>2- (II.3) Informações sobre o entrevistado:</b>	
Nome:	
CPF:	
Profissão:	<input type="checkbox"/> Médico
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
	<input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Outros
O senhor (a) é o coordenador(a) da equipe?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não há coordenador
Quanto tempo o (a) senhor (a) atua nesta equipe?	<input type="checkbox"/> Menos de um ano
	<input type="checkbox"/> Anos
	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>3- (II.4) Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica:</b>	
Qual o tipo desta equipe:	<input type="checkbox"/> Equipe de saúde da família - com saúde bucal
	<input type="checkbox"/> Equipe de saúde da família - sem saúde bucal
	<input type="checkbox"/> Equipe de atenção básica (parametrizada)- com saúde bucal
	<input type="checkbox"/> Equipe de atenção básica (parametrizada)- Sem saúde bucal
	<input type="checkbox"/> Não sabe
	<input type="checkbox"/> Outro _____
Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica:	<input type="checkbox"/> Médico
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
	<input type="checkbox"/> Dentista
	<input type="checkbox"/> Técnico em enfermagem
	<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Técnico em saúde bucal
	<input type="checkbox"/> Auxiliar em saúde bucal
<input type="checkbox"/> Agente comunitária de saúde	
Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:	<input type="checkbox"/> Médico pediatra
	<input type="checkbox"/> Médico Gineco- obstetra
	<input type="checkbox"/> Médico generalista, além do profissional da equipe mínima.

	<input type="checkbox"/> Psicólogo
	<input type="checkbox"/> Fisioterapia
	<input type="checkbox"/> Nutricionista
	<input type="checkbox"/> Assistente social
	<input type="checkbox"/> Outros
Na unidade de saúde, as equipes se	<input type="checkbox"/> Sim
organizam de modo a permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre com qual equipe deseja ser atendido:	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não se aplica (só há uma equipe)
<b>4- (II.5) Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica:</b>	
O senhor (a) possui ou está em formação complementar:	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Possui quais destes processos de formação?  Concluído ou em Andamento? _____	<input type="checkbox"/> Especialização em medicina de família e comunidade
	<input type="checkbox"/> Especialização em saúde da família
	<input type="checkbox"/> Especialização em saúde pública/saúde coletiva
	<input type="checkbox"/> Possui outra especialização? Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Residência em saúde da família
	<input type="checkbox"/> Residência em saúde pública/saúde coletiva
	<input type="checkbox"/> Possui outra residência? Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Mestrado em medicina da família e comunidade
	<input type="checkbox"/> Mestrado em saúde da família
	<input type="checkbox"/> Mestrado em saúde pública/saúde coletiva
	<input type="checkbox"/> Possui outro mestrado? Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Doutorado em medicina de família e comunidade
	<input type="checkbox"/> Doutorado em saúde da família
	<input type="checkbox"/> Doutorado em saúde pública/saúde coletiva
<input type="checkbox"/> Possui outro doutorado? Qual? _____	
<b>5- (II.8) Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas:</b>	
Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica:	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
<b>6- (II.9) Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho de equipe:</b>	
Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento se suas ações?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Foi realizado processo de levantamento de problemas?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Foram elencadas prioridades?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Foi estabelecido um plano de ação?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Foi realizado algum processo de autoavaliação	<input type="checkbox"/> Sim

pela equipe nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
	Qual instrumento utilizado? _____	
<b>7- (II.11) Reunião da equipe de atenção básica:</b>		
A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	
Qual a periodicidade das reuniões?	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensal
	<input type="checkbox"/> Quinzenal	<input type="checkbox"/> Sem periodicidade definida
Qual são os temas das reuniões de equipe?	<input type="checkbox"/> Organização do processo de trabalho e do serviço	
	<input type="checkbox"/> Discussão de casos pela equipe	
	<input type="checkbox"/> Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)	
	<input type="checkbox"/> Planejamento das ações da equipe	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	Qual?	
A equipe planeja programa suas atividades considerando:	<input type="checkbox"/> Construção de agenda de trabalho	
	<input type="checkbox"/> Metas de atenção básica	
	<input type="checkbox"/> Informações do SIAB	
	<input type="checkbox"/> Informações locais	
	<input type="checkbox"/> Desafios apontados a partir da autoavaliação	
	<input type="checkbox"/> As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e Sociais	
	<input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	
<b>8- (II.12) Apoio matricial a equipe de atenção básica:</b>		
A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	
Profissionais do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF):	Qual?	
Profissionais do centro de apoio psicossocial (CAPS):	Qual?	
Profissionais da vigilância em saúde:	Qual?	
Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais):	Qual?	
Profissionais específicos para a atividade:	Qual?	
Outra modalidade de equipe de apoio matricial?	Qual?	
Centro de especialidades odontológicas (CEO):	Qual?	
Qual a frequência que a equipe recebe o apoio?	<input type="checkbox"/> Semanal	
	<input type="checkbox"/> Quinzenal	
	<input type="checkbox"/> Mensal	
	<input type="checkbox"/> Trimestral	
	<input type="checkbox"/> Sem periodicidade	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	

Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe?	<input type="checkbox"/> Consultas clínicas de pacientes da atenção básica
	<input type="checkbox"/> Discussão de casos clínicos, casos difíceis e desafiadores
	<input type="checkbox"/> Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica
	<input type="checkbox"/> Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica
	<input type="checkbox"/> Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe
	<input type="checkbox"/> Realizam visitas com os profissionais da sua equipe
	<input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
9- (II. 15) <u>Acolhimento à demanda espontânea:</u>	
Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Em quais turnos é feito o acolhimento?	<input type="checkbox"/> Manhã
	<input type="checkbox"/> Tarde
	<input type="checkbox"/> Noite
Com que frequência acontece?	<input type="checkbox"/> Um dia por semana
	<input type="checkbox"/> Dois dias por semana
	<input type="checkbox"/> Três dias por semana
	<input type="checkbox"/> Quatro dias por semana
	<input type="checkbox"/> Cinco dias por semana
Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Quais profissionais participam do acolhimento?	<input type="checkbox"/> Médico
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
	<input type="checkbox"/> ACS
	<input type="checkbox"/> Outros Quem? - _____
Os profissionais da equipe que fazem acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada a unidade de saúde até o momento da primeira escuta/Acolhimento?	<input type="checkbox"/> Minutos Quantos?
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia (urgência), há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe



A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
	Quanto tempo?		
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não respondeu	
Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado:	<input type="checkbox"/>	Marca usuários na agenda do médico	
	<input type="checkbox"/>	Marca usuários na agenda do dentista	
	<input type="checkbox"/>	Marca usuários na agenda de outro onal profissi	
	<input type="checkbox"/>	Marca usuários na agenda do enfermeiro	
	<input type="checkbox"/>	Orientações, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma nova consulta.	
	<input type="checkbox"/>	Prescrição de uma medicação	
<input type="checkbox"/>	Outros (s)		
<b>10- (II-16) Organização da agenda:</b>			
A equipe possui uma agenda semanal de atividades pactuadas pelo conjunto de profissionais que integram a equipe?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
A agenda é compartilhada entre os profissionais?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
A agenda esta organizada para a realização de visitas domiciliares?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
A agenda da equipe é organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
A equipe programa consultas e ações para usuários ou grupos prioritários que necessitam de cuidados continuado?	<input type="checkbox"/>	Sim Quais?	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
Existe reserva de vagas na agenda ou horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar as suas dúvidas pós-consulta e/ou para que possa mostrar resultados de exames?	<input type="checkbox"/>	Sim	
	<input type="checkbox"/>	Não	
	<input type="checkbox"/>	Não sabe	
<b>11- (II.19) Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames:</b>			
Consulta em cirurgia geral:	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em traumatologia	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento

Consulta em pediatria	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em cardiologia:	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em psiquiatria:	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em fisioterapia:	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
Consulta em oncologia:	Quantidade:	Dias de espera:	<input type="checkbox"/> Não houve encaminhamento
<b>12- (II.31) <u>Promoção de saúde:</u></b>			
A Equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	<input type="checkbox"/> Mulheres		
	<input type="checkbox"/> Planejamento familiar		
	<input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas		
	<input type="checkbox"/> Homens		
	<input type="checkbox"/> Idosos		
	<input type="checkbox"/> Alimentação saudável		
	<input type="checkbox"/> Prevenção e tratamento da hipertensão		
	<input type="checkbox"/> Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus		
	<input type="checkbox"/> Ações da saúde bucal		
	<input type="checkbox"/> Grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas		
	<input type="checkbox"/> Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.		
	<input type="checkbox"/> Hanseníase		
	<input type="checkbox"/> Tuberculose		
	<input type="checkbox"/> Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados á saúde sexual e a saúde reprodutiva		
Realiza grupos com objetivo de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território			
A equipe incentiva a desenvolve a UBS ou no território:	<input type="checkbox"/> Práticas corporais		
	<input type="checkbox"/> Atividade física		
<b>13- (II.32) <u>Visitas domiciliares e cuidado realizado no domicilio:</u></b>			
A equipe realiza visita domiciliar?	<input type="checkbox"/> Sim		
	<input type="checkbox"/> Não		
Os ACSs tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?	<input type="checkbox"/> Sim		
	<input type="checkbox"/> Não		

Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?	<input type="checkbox"/> Médico
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
	<input type="checkbox"/> Agente comunitária de saúde
	<input type="checkbox"/> Outros Qual?
Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de:	<input type="checkbox"/> Sintomáticos respiratórios
	<input type="checkbox"/> Gestantes faltosas
	<input type="checkbox"/> Hipertensos faltosos
	<input type="checkbox"/> Diabéticos faltosos
	<input type="checkbox"/> Mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico
	<input type="checkbox"/> Mulheres com coleta do exame citopatológico em atraso
	<input type="checkbox"/> Mulheres com exame citopatológicos alterado
A participação de outros profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios:	<input type="checkbox"/> Outro (s)
	<input type="checkbox"/> Demanda programada
	<input type="checkbox"/> Critérios de risco biológico e vulnerabilidade social identificado pela equipe
	<input type="checkbox"/> Demanda espontânea com solicitação da família
	<input type="checkbox"/> Outro(s)



**APENDICE C – Instrumento de avaliação da qualidade da Atenção Básica – Usuários**

<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA USUÁRIOS</b>		
<b>1- (III. 4) Identificação do usuário:</b>		
Nome:		
Endereço:		
Estado:	Município:	
Sexo:	Idade:	
Qual sua raça:	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Amarela
	<input type="checkbox"/> Parda	
	<input type="checkbox"/> Branca	
O senhor (a) vive/mora com algum companheiro?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
Quantas pessoas moram com o senhor (a):	O senhor sabe ler e escrever?	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Grau de escolaridade?	<input type="checkbox"/> Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Médio incompleto
	<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo
	<input type="checkbox"/> Médio completo	<input type="checkbox"/> Superior incompleto
Ocupação:	Renda mensal:	
<b>2- (III.5) Acesso aos serviços de saúde:</b>		
Qual a distância da sua casa até esta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Quadras/ quilômetros _____	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
O que o senhor (a) acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Perto	
	<input type="checkbox"/> Razoável	
	<input type="checkbox"/> Longe	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
A unidade de saúde funciona cinco dias na semana:	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
O médico está presente na unidade de saúde ou em atividades no bairro durante todos os horários de funcionamento da unidade?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
Se o (a) senhor (a) quiser, pode escolher a equipe que lhe atenderá?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	

	<input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>3- (III.6) Marcação de consulta na unidade e de saúde:</b>		
Na maioria das vezes, como o senhor (a) faz para marcar consulta na unidade de saúde:	<input type="checkbox"/> Marca por telefone	
	<input type="checkbox"/> Vai à unidade e marca atendimento a qualquer hora	
	<input type="checkbox"/> Vai à unidade e pega ficha, é necessário pegar fila.	
	<input type="checkbox"/> O agente de saúde marca o atendimento	
Quando o senhor (a) consegue marcar consulta normalmente é para o mesmo dia?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
Quando o (a) senhor (a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:	<input type="checkbox"/> Com hora marcada	<input type="checkbox"/> Encaixe
	<input type="checkbox"/> Em turno e dia definido	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Por ordem de chegada	<input type="checkbox"/> Qual? _____
<b>4- (III.7) Acolhimento à demanda espontânea:</b>		
Na maioria das vezes que senhor (a) vem à unidade de saúde sem hora marcada para resolver qualquer problema consegue ser escutado?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Nunca precisou ir à unidade sem hora	
Quais são os profissionais que lhe escuta:	<input type="checkbox"/> Médico	
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	
	<input type="checkbox"/> Dentista	
	<input type="checkbox"/> ACS	<input type="checkbox"/> OutroQual?
Desde a sua chegada na unidade de saúde quanto tempo o (a) senhor (a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional da saúde?	<input type="checkbox"/> Minutos Quantos?	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
O que o (a) senhor (a) acha sobre a forma de acolhimento recebido ao procurar atendimento?	<input type="checkbox"/> Muito bom	
	<input type="checkbox"/> Bom	
	<input type="checkbox"/> Razoável	
	<input type="checkbox"/> Ruim	
	<input type="checkbox"/> Muito ruim	
As orientações que os profissionais dão para o (a) senhor (a) na unidade atendem às suas	<input type="checkbox"/> Sim, sempre.	
	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes.	

necessidades?	<input type="checkbox"/> Não.
O (A) senhor (a) se sente respeitado pelos	<input type="checkbox"/> Sim, sempre.
profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes e religião?	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes.
	<input type="checkbox"/> Não
Quando o (a) senhor (a) teve algum problema de saúde, onde procurou atendimento?	<input type="checkbox"/> Nesta unidade
	<input type="checkbox"/> Em outra Unidade
	<input type="checkbox"/> Hospital público
	<input type="checkbox"/> Hospital particular
	<input type="checkbox"/> Clínica Particular
	<input type="checkbox"/> Pronto Socorro 24 horas
<b>5- (III.8) <u>Atenção integral à saúde:</u></b>	
Quando é atendido nesta unidade de saúde o (a) senhor (a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas a própria unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes.
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sabe
Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico em você, tocam no seu corpo para examinar?	<input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Na maioria
	<input type="checkbox"/> Quase nunca
	<input type="checkbox"/> Nunca
Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico em você, tocam no seu corpo para examinar?	<input type="checkbox"/> Não sabe
	<input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
	<input type="checkbox"/> Quase nunca
Nas consultas com qual frequência o (a) senhor (a) é orientado sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, como repouso, alimentação e outros?	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
	<input type="checkbox"/> Quase nunca
Na sua opinião: durante as consultas os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade?	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
	<input type="checkbox"/> Quase nunca
Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de a saúde que o (a) senhor (a) tem ou possa ter além dos relacionados com o motivo da consulta?	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
	<input type="checkbox"/> Quase nunca
Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de a saúde que o (a) senhor (a) tem ou possa ter além dos relacionados com o motivo da consulta?	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Sempre
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
	<input type="checkbox"/> Quase nunca
<b>6- (III.9) <u>Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado:</u></b>	
Durante o atendimento o médico deixa tempo suficiente para o (a) senhor (a) falar sobre as	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes.

suas preocupações ou problemas?	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
Na maioria das vezes quanto tempo dura a consulta?	Minutos:	
Nesta unidade o (a) senhor (a) é atendido pelo mesmo médico?	<input type="checkbox"/> Sempre	
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	
	<input type="checkbox"/> Quase nunca	
	<input type="checkbox"/> Nunca	
O médico desta unidade lhe chama pelo nome?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Os profissionais lembram-se do que aconteceu nas últimas consultas do senhor?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes.	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
Quando o (a) senhor (a) precisa tirar dúvidas após consultas tem facilidade para falar com os profissionais?	<input type="checkbox"/> Sempre	
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	
	<input type="checkbox"/> Quase nunca	
	<input type="checkbox"/> Nunca	
O (A) senhor (a) se sente a vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações, problemas sociais, familiares ou outras questões?	<input type="checkbox"/> Sempre	
	<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	
	<input type="checkbox"/> Quase nunca	
	<input type="checkbox"/> Nunca	
O seu agente comunitário de saúde visita o (a) senhor (a) na sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros profissionais da equipe visitam a casa do (da) senhor (a)?	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes.	
	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	
	Quais?	
Na maioria das vezes o (a) senhor (a) consegue tirar as suas dúvidas com os profissionais da saúde?	<input type="checkbox"/> Sim, sempre	
	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	
	<input type="checkbox"/> Nunca	
	<input type="checkbox"/> Nunca tive dúvidas	
	<input type="checkbox"/> Não sabe	



**APENDICE D – Entrevista semi-estruturada: percepção dos usuários sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária.**

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

- A equipe de saúde (especialmente o médico) apresenta disponibilidade para conversar e esclarecer ou retirar as dúvidas do senhor (a)? Estes são acessíveis?
- O senhor (a) sente que a equipe de saúde (especialmente o médico) respeita a sua autonomia, explicando de maneira clara as opções de tratamento e possibilitando que o senhor participe da tomada de decisão?
- O que deixa o senhor satisfeito (quais aspectos/pontos positivos) com o atendimento em sua Unidade de Saúde?
- O que deixa o senhor insatisfeito (pontos negativos ou que deixam a desejar) no atendimento na sua Unidade de Saúde?

Quais os pontos o senhor apontaria como deficitários (—pontos negativos ou a que deixam a desejar) no atendimento na sua Unidade de Saúde?



**APENDICE E – Instrumento de avaliação da qualidade da assistência: entrevista  
semiestruturada direcionada aos profissionais da Equipe de Saúde da Família**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA:  
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DIRECIONADA AOS  
PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

- A equipe realiza pesquisa de satisfação dos usuários? De que forma?
- A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?
- Há Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente? Quais profissionais da equipe participam?
- Como você percebe a comunicação e a relação entre os profissionais de saúde da equipe?
- Como você descreve a participação da comunidade? Está é satisfatória? Quais fatores poderiam colaborar neste sentido?
- Quando ocorrem problemas, como a equipe organiza-se para resolvê-los?
- Existem ações voltadas para capacitação e/ou educação continuada?
- Você considera que estas estão sendo suficientes para manter uma boa qualidade da atenção básica?



**APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido-Profissionais da Equipe de Saúde da Família**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**



**CAMPUS-Araranguá**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Profissionais da equipe de Saúde da Família**

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado —**Percepção dos usuários e profissionais da equipe de Saúde da Família sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos**||, que será desenvolvido pela aluna formanda Wanessa Zanotto (RG: 4666465, CPF: 079815609-00), do Curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, com a orientação da Professora Janaina Medeiros de Souza e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número **CAAE: 49875815.1.0000.0121**, estando de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde).

O objetivo desta pesquisa é verificar a percepção dos usuários e profissionais da equipe de Saúde da Família em relação à qualidade da assistência da Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos. Isso se dará através de entrevistas contendo questões abertas e fechadas direcionada aos profissionais da equipe de Saúde da Família e usuários da Unidade Básica de Saúde Paulo Lupin.

A partir da percepção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família irá buscar-se: identificar os fatores que proporcionam ou afetam a qualidade do atendimento na Unidade Básica de Saúde Paulo Lupin. Esta avaliação é importante uma vez que a partir dela pode-se ter um panorama dos fatores que estão interferindo na qualidade da assistência prestada, principalmente pelo profissional médico, procurando contribuir para modificação destes.

Durante a realização das entrevistas existem riscos de ocorrer sensações e reações emotivas, decorrentes da comunicação entre entrevistado e pesquisadora, pois mesmo utilizando de formulação clara das perguntas, existem palavras que proporcionam conflitos vinculados às reações individuais que denotam surpresa, satisfação ou insatisfação não intencionais dos participantes. Salienta-se que você pode se recusar a responder as questões ou

até mesmo interromper a entrevista e/ou ainda se retirar desta pesquisa.

Ainda, se considerar necessário poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que está localizado no prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargados Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 37721-6094 e email: cep.propesq@contato.ufsc.br para as denúncias cabíveis.

Salienta-se que a sua participação é de natureza voluntária e ocorrerá mediante a uma entrevista norteada por um roteiro prévio, semi-estruturado, e através de perguntas abertas, que tratam dos objetivos acima mencionados. Essas entrevistas serão áudio gravadas, por um gravador, e transcritas pela pesquisadora responsável. Seu nome será substituído pelo nome de um personagem de obras do autor brasileiro Jorge Amado, isso se dá para que não haja possibilidade de identificação da sua pessoa em qualquer registro ou posterior divulgação de resultados assim como em publicações. Os dados serão colhidos somente por esta pesquisadora e ficarão sob sua posse e responsabilidade, armazenados em seu computador e pendrive pessoal, durante os cinco anos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. A participação neste estudo é exclusivamente voluntária e você tem o direito de se recusar a participar. Caso aceite participar do estudo, você pode retirar o seu consentimento no momento em que desejar, sem nenhum tipo de prejuízo ou até mesmo de retaliação, pela sua decisão. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso você, participante, sofra algum dano decorrente dessa pesquisa, os pesquisadores garantem indenizá-lo, de acordo com o item IV3 (h) da Resolução 466/2012 da Resolução 466/2012, por qualquer prejuízo. Caso o senhor (a) tenha qualquer custo relativo a transporte/alimentação ou outros, para estar presente no local e dia da pesquisa os pesquisadores irão ressarcir as suas despesas, conforme item IV 3 (g) da Resolução 466/2012. Sendo a pesquisadora responsável por esse estudo, garanto que sua identidade estará protegida e será mantida em sigilo, assim como as informações obtidas são confidenciais e quando estas forem divulgadas em relatório ou publicação, serão feitas de maneira codificada.

Você pode entrar em contato comigo pelo telefone (48) 98383046 ou pelo e-mail: [wazanotto@gmail.com](mailto:wazanotto@gmail.com), no qual posso lhe dar todas as informações a respeito deste estudo em qualquer momento ou inclusive para retirar o seu consentimento. O presente documento, que estará sendo assinado caso concordar em participar do estudo, será mantido por mim em confidência bem como você receberá uma cópia do mesmo.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, li o texto acima bem como compreendi a natureza assim como o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendo que sou livre para

interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem a necessidade de justificar a minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e que minha participação se dará respondendo à entrevista e roteiro semi-estruturado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da Pesquisadora

---

Assinatura da Orientadora





**APÊNDICE G – Termo de consentimento livre e esclarecido- Usuários**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA  
CATARINA**

**CAMPUS- Araranguá**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Usuários**

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado —**Percepção dos usuários e profissionais da equipe de Saúde da Família sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos**», que será desenvolvido pela aluna formanda Wanessa Zanotto (RG: 4666465, CPF: 079815609-00), do Curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, com a orientação da Professora Janaina Medeiros de Souza e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número **CAAE: 49875815.1.0000.0121**, estando de acordo com a Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde).

O objetivo desta pesquisa é verificar a percepção dos usuários e profissionais da saúde em relação à qualidade da assistência da Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos. Isso se dará através de entrevistas contendo questões abertas e fechadas, direcionada a profissionais da equipe de Saúde da Família e usuários da Unidade Básica de Saúde Paulo Lupin, do município de Balneário Arroio do Silva.

A partir da percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde Paulo Lupin buscamos: identificar os fatores que proporcionam ou afetam a qualidade do serviço prestado. Esta avaliação é importante uma vez que a partir dela pode-se ter uma ideia dos fatores que estão interferindo na qualidade da assistência prestada, principalmente pelo profissional médico, procurando contribuir para modificação destes.

Durante a realização das entrevistas existem riscos de ocorrer sensações e reações emotivas, decorrentes da comunicação entre entrevistado e pesquisadora, pois mesmo utilizando de formulação clara das perguntas, existem palavras que proporcionam conflitos vinculados às reações individuais que denotam surpresa, satisfação ou insatisfação não intencionais dos participantes. Salienta-se que você pode se recusar a responder as questões ou até mesmo interromper a entrevista e/ou ainda se retirar desta pesquisa a qualquer momento.

Ainda, se considerar necessário poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que está localizado no prédio da Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargados Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 37721-6094 e email: cep.propesq@contato.ufsc.br para as denúncias cabíveis.

Salienta-se que a sua participação é de natureza voluntária e ocorrerá mediante a uma entrevista que seguirá um roteiro prévio, semi-estruturado, e através de perguntas abertas, que tratam dos objetivos que foram mencionados acima. Essas entrevistas serão gravadas, por um gravador, e transcritas pela pesquisadora responsável. Seu nome será substituído pelo nome de uma flor, isso se dá para que não haja possibilidade de identificação da sua pessoa em qualquer registro ou posterior divulgação de resultados assim como em publicações. Os dados serão colhidos somente por esta pesquisadora e ficarão sob sua posse e responsabilidade, armazenados em seu computador e pendrive pessoal, durante os cinco anos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A participação neste estudo é exclusivamente voluntária e você tem o direito de se recusar a participar. Caso aceite participar do estudo, você pode retirar o seu consentimento no momento em que desejar, sem nenhum tipo de prejuízo ou até mesmo de retaliação, pela sua decisão. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso você, participante, sofra algum dano decorrente dessa pesquisa, os pesquisadores garantem indenizá-lo, de acordo com o item IV3 (h) da Resolução 466/2012 da Resolução 466/2012, por qualquer prejuízo. Caso o senhor (a) tenha qualquer custo relativo a transporte/alimentação ou outros, para estar presente no local e dia da pesquisa os pesquisadores irão ressarcir as suas despesas, conforme item IV 3 (g) da Resolução 466/2012. Sendo a pesquisadora responsável por esse estudo, garanto que sua identidade estará protegida e será mantida em sigilo, assim como as informações obtidas são confidenciais e quando estas forem divulgadas em relatório ou publicação, serão feitas de maneira codificada.

Você pode entrar em contato comigo pelo telefone (48) 98383046 ou pelo e-mail: [wazanotto@gmail.com](mailto:wazanotto@gmail.com), no qual posso lhe dar todas as informações a respeito deste estudo em qualquer momento ou inclusive para retirar o seu consentimento. O presente documento, que estará sendo assinado, caso concordar em participar do estudo, será mantido por mim em confidência, bem como você receberá uma cópia do mesmo.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, li o texto acima, bem como compreendi a natureza assim como o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendo que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem a necessidade de justificar a minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e que minha

participação se dará respondendo à entrevista, e instrumento semi-estruturado..  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da Pesquisadora

---

Assinatura da Orientadora



## ANEXO A – Aprovação do Comitê de ética de pesquisa em seres humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepção dos usuários e profissionais da equipe de Saúde da Família sobre a qualidade da assistência na Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos

**Pesquisador:** Janaina Medeiros de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 49875815.1.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.333.431

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa intitulada “Percepção dos usuários e profissionais da equipe de Saúde da Família sobre a qualidade da assistência da Atenção Primária com a experiência de implementação do Programa Mais Médicos” é uma pesquisa de natureza qualitativa, segundo Minayo (2004); com caráter descritivo que contará com 40 participantes de pesquisa, sendo 30 usuários e 10 profissionais da equipe de saúde básica que estarão sendo analisados mediante aplicação de instrumento de pesquisa semi –estruturada e como questões retiradas do PMAC.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a percepção dos usuários e profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a qualidade da assistência da Atenção Primária com a experiência de implementação do programa Mais Médicos.

**Objetivo Secundário:**

Verificar o impacto da implementação do Programa Mais Médicos; Identificar quais os fatores apontados que interferem na qualidade da atenção.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.333.431

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Durante a realização das entrevistas existem riscos de ocorrer sensações e reações emotivas, decorrentes da comunicação entre entrevistador e profissional ou usuário, pois mesmo utilizando questões precisas e claras, existem palavras que proporcionam conflitos vinculados às reações individuais que denotam surpresa, satisfação ou insatisfação não intencionais dos participantes.

##### **Benefícios:**

Esta pesquisa traz benefícios coletivos e sociais, uma vez que as informações fornecidas pelos entrevistados irão proporcionar uma avaliação da qualidade da atenção prestada, principalmente pelo profissional médico, na Atenção Primária. Estas informações poderão servir de base para uma reestruturação da estratégia e gestão da assistência.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos, pertinência e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará dados que auxiliarão na elaboração de novas políticas que beneficiarão a gestão da assistência social.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão de acordo com as solicitações do CEPESH.

#### **Recomendações:**

Não se aplica.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram feitas as alterações nos TCLEs não havendo inadequações, ou impedimentos a realização da pesquisa.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

#### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_599424.pdf	16/11/2015 17:36:10		Aceito
Outros	carta_cep_correcoes_2.docx	16/11/2015 17:34:57	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle_usuarios.docx	16/11/2015 17:34:21	Janaina Medeiros de Souza	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.333.431

Justificativa de Ausência	tde_usuarios.docx	16/11/2015 17:34:21	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tde_profissionais.docx	16/11/2015 17:33:55	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Outros	entrevista_profissionais.docx	06/10/2015 14:49:17	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Outros	entrevista_usuarios.docx	06/10/2015 14:48:44	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Outros	inst_profissional.docx	06/10/2015 14:47:51	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Outros	instrumento_usuarios.docx	06/10/2015 14:46:13	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	06/10/2015 14:43:44	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	05_10_2015_projeto_tcc.docx	06/10/2015 14:41:39	Janaina Medeiros de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/10/2015 14:36:01	Janaina Medeiros de Souza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Novembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br





## ANEXO B – Normas de publicação da Revista Interface

### Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação

#### PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

**INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação** publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita **apenas on-line**, pelo sistema *Scholar One Manuscripts*. Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível no link:

[http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor\\_revista\\_miriam\\_15\\_](http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15_).

No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar seu cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu usuário e senha, entre no menu no item —Edit Account, que está localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3 de seu cadastro, no sistema as áreas de atuação estão descritas como —KeyWord.

#### FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

##### SEÇÕES

**Dossiê** — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

**Artigos** — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

**Debates** — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

**Espaço aberto** — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

**Livros** — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras). **Teses** — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livedocência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

**Criação** — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

**Notas breves** — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

104

**Cartas** — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

**Nota:** na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

### ***SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS***

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

**Nota:** para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em —Author Center‖ e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em **Word ou RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções de Livros, Notas breves e Cartas).

**Da primeira página** devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

**Nota:** na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

**Notas de rodapé** - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

**Citações no texto-** As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

**Exemplo:** Segundo Teixeira<sup>1,4,10-15</sup>

**Nota importante:** as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

#### **Casos específicos de citação:**

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples. **Exemplo:**

—Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM. | 1

c) Citação literal de **mais de três linhas:** em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

**Observação:** Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**Exemplo:** Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – *Estilo Vancouver 2*.

#### **REFERÊNCIAS**

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

### **EXEMPLOS:**

#### **LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

#### **Exemplo:**

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número. \*\* Sem indicação do número de páginas.

#### **Nota:**

#### **Autor é uma entidade:**

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

#### **Séries e coleções:**

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

#### **CAPÍTULO DE LIVRO**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial- do capítulo **Nota:**

#### **Autor do livro igual ao autor do capítulo:**

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

#### **Autor do livro diferente do autor do capítulo:**

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud- Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número. \*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

#### **ARTIGO EM PERIÓDICO**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

**Exemplos:**

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7- 40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número. \*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

**DISSERTAÇÃO E TESE**

106

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

**Exemplos:**

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

**TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicialfinal.

**Exemplo:**

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) .

\* Quando o trabalho for consultado *on-line*, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

**DOCUMENTO LEGAL**

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

**Exemplos:**

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990. \*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

### **RESENHA**

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

#### **Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

### **ARTIGO EM JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

#### **Exemplo:**

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

### **CARTA AO EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

#### **Exemplo:**

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

### **ENTREVISTA PUBLICADA**

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

#### **Exemplo:**

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

#### **Exemplo:**

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

### **DOCUMENTO ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso

com a expressão —acesso em]. Endereço do site com a expressão —Disponível

em: **Com paginação:**

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

**Sem paginação:**

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.

Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

**Nota:** Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre). Outros exemplos podem ser encontrados em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

**Nota:**

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.