

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Juliana da Rosa Wendt

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: perfil, satisfação com o  
trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde**

Santa Cruz do Sul

2018

Juliana da Rosa Wendt

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: perfil, satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Hildegard Hedwig Pohl  
Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2018

Juliana da Rosa Wendt

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: perfil, satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dra. Hildegard Hedwig Pohl  
Coorientadora: Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

**Banca examinadora**

*Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Hildegard Hedwig Pohl*  
Professora Orientadora – UNISC

*Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lia Gonçalves Possuelo*  
Professora examinadora – UNISC

*Prof. Dr. João Werner Falk*  
Professor examinador – UFRGS

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pelas bênçãos.

À minha família, alicerce e colo, pelo amor, pela minha formação e por propiciar todas as oportunidades que me trouxeram até aqui. Ao meu pai, Mário Wendt, agradeço por todo o apoio, cuidado, incentivo, herança de perfeccionismo e, em especial durante esta pesquisa, pelos incansáveis esforços para me auxiliar (assessoria logística, de informática, relações públicas, motorista, segurança e pai). À minha mãe, Nara Pigato, minha primeira e maior professora, pelo exemplo de bondade e caridade e por todo o carinho, amor, ensinamentos e colo, especialmente nas horas mais difíceis. À minha irmã, Mariana Wendt, pela ajuda com as traduções e pela companhia nas madrugadas de trabalho, nos momentos de desespero e de descontração. Ao meu avô, Nelson Wendt (*in memoriam*), pelo ensinamento de que “tudo que vale a pena ser feito, vale a pena ser bem feito”. Às minhas tias-avós, Nelci e Leonor Pigatto, pela fé, pelas orações e pelo apoio.

Ao amor da minha vida, Fernando Taschetto, pelo amor, carinho, companheirismo, respeito, incentivo, apoio e compreensão nesses seis anos de namoro e, sobretudo, durante este mestrado. Agradeço também pelas revisões de texto e pelo auxílio com as normas técnicas. Gratidão, principalmente, por me dar a mão nas madrugadas de trabalho, enfrentando comigo todos os obstáculos, e por não me deixar esmorecer diante das dificuldades.

Aos mestres, com carinho. Agradeço a todos os professores na minha vida pelos ensinamentos e desafios, especialmente à professora Dr<sup>a</sup>. Hildegard Pohl, minha orientadora, pelo incentivo, apoio, direcionamento, carinho, acolhimento e compreensão, e, sobretudo, pelo exemplo de profissional ética, dedicada e incansável e de pessoa acessível, amável e perseverante. Aos professores membros da banca examinadora da minha dissertação, Dr<sup>a</sup>. Suzane Krug, Dr<sup>a</sup>. Lia Possuelo e Dr. João Falk, agradeço pelas instigantes contribuições.

A todos os médicos de família e comunidade que se disponibilizaram a participar da pesquisa, agradeço por todas as valiosas contribuições e pelo primoroso auxílio.

À equipe de profissionais que cuida da minha saúde, principalmente à médica Raquel Fernandes, agradeço por promover condições para que este mestrado se concretizasse.

À minha chefia na Universidade Federal de Santa Maria, especialmente aos professores Dr. Fábio Comim e Dr<sup>a</sup>. Melissa Premaor, e aos colegas de trabalho, agradeço pela compreensão, auxílio e apoio durante este desafio. Aos meus alunos e residentes, principalmente Natiele Gomes, por toda a paciência, energia e incentivo. A todos os colegas e amigos, especialmente Rosana Fabra e Polliana dos Santos, agradeço pelo apoio e incentivo.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Mário e Nara, à minha irmã, Mariana, ao meu companheiro de vida, Fernando, à minha orientadora, professora Hildegard, e a todos que escolheram a especialidade Medicina de Família e Comunidade por amor e exercem-na com dedicação.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica clínica, cujo foco é o relacionamento com a pessoa atendida, sem limitação de atendimento segundo o tipo de problema de saúde apresentado. Estima-se que, no país, haja cerca de 4.000 médicos de família e comunidade (MF), população raramente estudada, que corresponde a 1,2% do total de especialistas médicos.

**OBJETIVOS:** A presente dissertação tem por objetivo principal traçar um perfil socioeconômico e ocupacional dos MF brasileiros, dos seus níveis de satisfação com o trabalho e da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) por eles oferecida.

**RESUMO DO ARTIGO 1 - Quem são e em que trabalham os médicos de família? Um estudo exploratório do perfil socioeconômico e ocupacional da Medicina de Família no Brasil:** *Introdução:* A MFC é, por definição, uma especialidade clínica orientada para o trabalho na APS. No entanto, a formação específica em MFC, que não é obrigatória para atuação na APS no Brasil, fornece subsídios para uma ampla gama de possibilidades de atuação profissional para o MF. *Objetivo:* O presente artigo objetivou investigar o perfil socioeconômico e ocupacional dos MF no Brasil. *Metodologia:* Estudo transversal descritivo, nacional exploratório, cujo instrumento foi um questionário autoaplicável, digital, com questões fechadas sobre variáveis socioeconômicas e ocupacionais. Foram enviados 6.759 convites, via e-mail, aos MF, entre junho e dezembro de 2017. *Resultados:* Foram obtidas 150 respostas, das quais 107 (71,33%) eram válidas. A distribuição geográfica dos participantes foi compatível com o contexto nacional, predominando as Regiões Sudeste (51,4%) e Sul (29,9%). Os MF eram, em geral, jovens (média = 39 anos, DP  $\pm 7,11$ ), casados (72%), sem filhos (46,7%), pertencentes à alta classe social (72%), não tabagistas (88,8%) e sedentários (86%). Houve predomínio de mulheres (57,9%) e baixa prevalência de divorciados (6,5%). A maioria tornou-se especialista através da conclusão de Residência em MFC (73,8%) e possuía poucos vínculos empregatícios (32,7% possuía três ou mais vínculos), longas jornadas de trabalho (90,5% com 40 horas semanais ou mais), longa permanência no emprego (média = 56,93 meses) e preferência pelo Sistema Único de Saúde (84,8%). Trabalhavam principalmente na APS (71%), também atuando em docência (44,9%) e na gestão (25,9%). *Conclusão:* Assim, o presente artigo traz contribuições para a compreensão de quem são e em que trabalham os MF no Brasil, além de sugerir tópicos para pesquisas futuras.

**RESUMO DO ARTIGO 2 - Associação entre satisfação do médico de família no trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada: um estudo exploratório brasileiro:** *Introdução:* Diversas pesquisas evidenciaram a associação entre a satisfação do médico no trabalho e a qualidade do cuidado por ele ofertado, inclusive no âmbito da APS. Entretanto, não há registros de estudos sobre a relação entre satisfação no trabalho e qualidade da APS, a partir dos atributos da APS propostos por Starfield. *Objetivo:* Investigar se há associação entre os níveis de satisfação no trabalho dos MF brasileiros e os escores de qualidade da APS por eles prestada. *Metodologia:* Estudo transversal analítico, nacional exploratório, cujo instrumento foi um questionário autoaplicável, digital, enviado por e-mail, entre junho e dezembro

de 2017. *Participantes*: 82 MF brasileiros, atuantes em serviços de APS, com distribuição geográfica compatível com o contexto nacional. *Desfechos*: Satisfação no trabalho, medida através do Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23; e qualidade dos atributos da APS prestada, medida através do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), na versão para profissionais da saúde. *Resultados*: Os MF brasileiros apresentaram níveis médios de satisfação com o trabalho (média = 3,4; DP  $\pm$ 0,87), entre a indiferença e a satisfação parcial. A satisfação intrínseca no trabalho foi o componente com melhores índices (média 3,72; DP  $\pm$ 0,88), enquanto a supervisão, os menores (média 3,23; DP  $\pm$ 1,06). A qualidade da APS encontrada foi adequada ( $\geq$  6,6), tanto na avaliação global (média = 7,06; DP  $\pm$ 0,86), quanto na análise dos atributos essenciais da APS (média = 6,89; DP  $\pm$ 0,84). Entre os atributos, destacaram-se coordenação (média 8,86; DP  $\pm$ 1,18), integralidade (média 7,51; DP  $\pm$ 1,43) e orientação familiar (média 8,75; DP  $\pm$ 1,36) com os maiores escores, e acesso de primeiro contato (média 3,77; DP  $\pm$ 1,68) e orientação comunitária (média 6,38; DP  $\pm$ 2,01) com os piores, não atingindo níveis de adequabilidade. Houve correlação positiva significativa entre a satisfação no trabalho e o escore dos atributos essenciais ( $r = 0,291$ ;  $p = 0,008$ ) e o escore geral do PCATool ( $r = 0,303$ ;  $p = 0,006$ ). *Conclusão*: O presente estudo trouxe evidências de que há associação entre a satisfação do MF no trabalho e a qualidade da APS por ele prestada, sugerindo a necessidade de políticas de promoção de melhorias nos condicionantes da satisfação desses profissionais no trabalho.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por se tratar de uma especialidade de surgimento recente, a MFC ainda é tema de debates acerca de sua identidade e atuação, especialmente no Brasil, devido à escassez de pesquisas nacionais sobre o tema. O presente estudo, ao traçar um perfil socioeconômico e ocupacional dos MF brasileiros (jovens, do sexo feminino, com residência completa em MFC, poucos vínculos empregatícios, longas jornadas de trabalho e preferência pelo trabalho em Atenção Primária no Sistema Único de Saúde), dos seus níveis de satisfação com o trabalho (entre indiferença e satisfação parcial) e da qualidade da APS por eles oferecida (adequada), delineou um panorama da MFC brasileira, o que pode auxiliar na promoção de sensibilização e reflexão sobre o trabalho desses especialistas e, assim, contribuir para o fortalecimento da MFC no país, com impactos positivos nos serviços de APS brasileiros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; avaliação da qualidade dos cuidados de saúde; satisfação no trabalho; saúde do trabalhador.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Family Medicine (FM) is a clinical medical specialty centered in Primary Health Care (PHC) that focuses on the relationship with the patient, without limitations by the type of health problem presented. In Brazil, there are about 4,000 family physicians (FP), a population rarely ever studied, that corresponds to 1.2% of all medical specialists.

**OBJECTIVES:** The present dissertation aims to outline the socioeconomic and occupational profile of Brazilian family physicians (FP) and their levels of job satisfaction, and also assess the quality of the PHC provided by them.

**ABSTRACT OF ARTICLE I - Brazilian family physicians: who are they and what do they work on? An exploratory study of Brazilian Family Medicine's socioeconomic and occupational profile.** *Introduction:* FM is, by definition, a clinical medical specialty centered in PHC. However, formal specific education in FM is not mandatory to work in Brazilian PHC services. FM training provides subsidies for a wide range of career opportunities. *Objective:* The objective of the present study was to investigate Brazilian FP's socioeconomic and occupational profile. *Methodology:* Cross-sectional descriptive exploratory national survey, using a self-applied digital questionnaire. 6,759 invitations to participate in the survey were emailed to Brazilian FP between June and December 2017. *Results:* 150 questionnaires were answered, of which 107 (71.3%) were valid. The sample's geographic distribution was similar to the Brazilian context, predominating participants from the Southeast (51.4%) and South (29.9%) regions. Brazilian FP are generally young (mean age = 39 years; SD  $\pm$ 7.11), female (57.9%), married (72%), childless (46.7%), non-smoking (88.8%) and sedentary (86%). FP in Brazil belong to high social class (72%), have low prevalence of divorces (6.5%) and became specialists by concluding a two-year FM medical residency program (73.8%). It's predominant to have one exclusive full time job (37.4%) instead of working multiple jobs at the same time (32.7% have three or more concurrent jobs). Most FP work in the Brazilian public health system (84.8%), the Unified Health System, with long work hours (90.5% work weekly 40 hours or more) and lengthy job tenure (mean 56.93 months). Most FP work in PHC services (71%), but many also work in teaching (44.9%) or management (25.9%). *Conclusion:* Therefore, the present study contributes to the understanding of Brazilian FM's socioeconomic and occupational profile and suggests topics for future research.

**ABSTRACT OF ARTICLE II - Association between family physicians' job satisfaction and quality of the Primary Health Care provided: an exploratory cross-sectional Brazilian study.**

*Introduction:* The association between physicians' job satisfaction and quality of care provided has been evidenced by several studies, including in the context of PHC. However, no researches relating primary care physician's job satisfaction and quality of the PHC provided, measured through Starfield's PHC domains, were found. *Objective:* To study the relationship between Brazilian family physicians' (FP) job satisfaction and quality of PHC provided (PHC assessment). *Study design:* Cross-sectional exploratory national survey, using a digital, structured, self-applied questionnaire, sent by email, between June and December 2017. *Participants:* 82 Brazilian FP working in PHC services across the country. *Outcomes:* Job satisfaction, measured through the Job Satisfaction Questionnaire S20/23; and PCH quality, measured through the Primary Care Assessment Tool (PCAT), provider version; both validated for Portuguese. *Results:* Moderate scores of job satisfaction were found (mean = 3.4; SD  $\pm$ 0.87), between indifference and partial satisfaction. PHC assessment scores demonstrated adequate quality of PHC (cut off  $\geq$  6.6), both in essential domains (mean = 6.89; SD  $\pm$ 0,84) and in general (mean = 7.06; SD  $\pm$ 0,86) analysis. Significant positive correlation was found between FP's job satisfaction and PCAT scores (essential domains score  $r = 0,291$ ;  $p = 0,008$  and general PCAT score  $r = 0,303$ ;  $p = 0,006$ ). *Conclusions:* The positive association between FP's job satisfaction and quality of PHC provided reinforce the importance of enhancing FP's job satisfaction and improving working conditions in Brazilian PHC settings.

**FINAL CONSIDERATIONS:** Since Family Medicine recently emerged as specialty, its identity and professional career are still being debated, particularly in Brazil, due to the lack of research on the subject nationwide. The present study outlined the socioeconomic and occupational profile of Brazilian family physicians and their levels of job satisfaction, and also assessed the quality of the Primary Health Care provided by them, thereby, tracing an overview of Brazilian Family Medicine. The current dissertation hopes to help promoting awareness and reflection on the work of family physicians and, thus, contribute to the strengthening of the Family Medicine in Brazil, with positive impacts on Brazilian Primary Health Care services.

**KEYWORDS:** Family Medicine; Primary Health Care; Health care quality assessment; Job satisfaction; Occupational Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### ILUSTRAÇÕES DO CAPÍTULO I – PROJETO DE PESQUISA

<b>Figura 1</b>	Mapa de distribuição dos titulados em Medicina de Família e Comunidade nas Regiões brasileiras.....	21
<b>Figura 2</b>	Mapa de distribuição dos médicos de família e comunidade no Brasil por Municípios.....	22

## LISTA DE TABELAS

### TABELAS DO CAPÍTULO I – PROJETO DE PESQUISA

<b>Tabela 1</b> Características sociodemográficas da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.....	20
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP – UNISC	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul
CRM	Conselho Regional de Medicina
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FM	<i>Family Medicine</i>
FP	<i>Family Physician</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MF	Médicos de família e comunidade
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool / PCAT	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PHC	<i>Primary Health Care</i>
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SD	<i>Standard Deviation</i>
SPSS	<i>IBM Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
WONCA	<i>World Organization of National Colleges and Academies of General Practice and Family Medicine</i>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b><u>CAPÍTULO I</u></b>	
<b>PROJETO DE PESQUISA</b> .....	15
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	20
3. OBJETIVOS.....	30
4. MÉTODO.....	31
5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	41
6. RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA.....	42
7. ORÇAMENTO/RECURSOS MATERIAIS.....	43
8. RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS.....	44
9. RISCOS/DIFICULDADES/LIMITAÇÕES.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXOS.....	50
<b><u>CAPÍTULO II</u></b>	
<b>RELATÓRIO DE CAMPO</b> .....	63
1. PARCERIA COM A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	64
2. CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DIGITAL NA PLATAFORMA <i>GOOGLE FORMS</i> E O PROJETO PILOTO.....	67
3. O PROCESSO DE COLETA DE DADOS.....	68
3. MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO ORIGINAL DA PESQUISA.....	69
<b><u>CAPÍTULO III</u></b>	
<b>ARTIGO I</b> – Quem são e em que trabalham os médicos de família? Um estudo exploratório do perfil socioeconômico e ocupacional da Medicina de Família no Brasil.....	71
<b>ARTIGO II</b> – Associação entre satisfação do médico de família no trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada: um estudo exploratório brasileiro.....	74
<b><u>CAPÍTULO IV</u></b>	
<b>NOTA À IMPRENSA</b> .....	77
<b>ANEXOS</b> .....	
ANEXO A – Termo de aceite de parceria institucional com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.....	81
ANEXO B – Parecer Consubstanciado de Aprovação no CEP – UNISC.....	83
ANEXO C – Texto do e-mail de apresentação da pesquisa e convite para participação.....	84
ANEXO D – Instrumento de coleta de dados com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	87
ANEXO E – Normas e instruções para submissão de artigos da revista <i>Cadernos de Saúde Pública</i> .....	88
ANEXO F – Normas e instruções para submissão de artigos da revista <i>BMJ Open</i> .....	110
ANEXO G – Artigo submetido para publicação na revista <i>Revista Pan-Americana de Saúde Pública</i> .....	113
	118

## **APRESENTAÇÃO**

Em conformidade com o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, a presente dissertação é composta por quatro capítulos, que englobam as seguintes seções: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, resumos dos artigos, nota de divulgação para a imprensa e anexos.

O primeiro capítulo apresenta o projeto de pesquisa, já defendido perante o Programa de Pós-Graduação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP – UNISC) – parecer número 1.876.538 e CAAE 62841316.2.0000.5343. Nesta seção, constam o embasamento teórico, justificativa e planejamento desta pesquisa, contemplando seus objetivos, método de trabalho, cronograma, orçamento, resultados esperado, riscos e limitações.

O segundo capítulo contém o relatório do trabalho de campo da pesquisa, indicando os problemas enfrentados na operacionalização e implementação do projeto, além dos incrementos necessários à qualificação do trabalho e das alterações realizadas no projeto original.

O terceiro capítulo é composto pelos resumos de dois artigos científicos resultantes deste trabalho. O primeiro artigo traz os resultados referentes à exploração nacional do perfil socioeconômico e ocupacional dos médicos de família e comunidade brasileiros. O segundo artigo busca correlacionar os índices de satisfação dos médicos de família com o trabalho à qualidade da Atenção Primária à Saúde por eles prestada.

O quarto capítulo apresenta a Nota à Imprensa, texto breve, em linguagem acessível à população em geral, que sintetiza a presente pesquisa, visando contribuir com a qualificação e promoção da saúde e bem-estar do ser humano e das comunidades.

**CAPÍTULO I**  
**PROJETO DE PESQUISA**

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Juliana da Rosa Wendt

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO SUL DO BRASIL: satisfação com o  
trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde**

Santa Cruz do Sul

2016

Juliana da Rosa Wendt

**MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO SUL DO BRASIL: satisfação com o  
trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Família, do Escolar e do Trabalhador, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientador: Dra. Hildegard Hedwig Pohl  
Coorientadora: Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2016

## 1 INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica que surgiu como resposta à fragmentação da profissão médica, característica da era de superespecialização, após a reforma Flexneriana, e à deterioração do relacionamento médico-paciente, consequência marcante do positivismo científico e da ênfase tecnológica do modelo biomédico hospitalocêntrico (FAVA; SONINO, 2008; CUTOLO, 2006). A criação, em 1972, da *World Organization of National Colleges and Academies of General Practice and Family Medicine* - WONCA, órgão internacional que representa os médicos de família e orienta sua prática, foi marco inicial da história da especialidade no mundo (McWHINNEY, 2010; FALK, 2004).

Por se tratar de uma especialidade de surgimento recente, a MFC ainda é tema de debates acerca de sua identidade e atuação (RODRÍGUEZ et al., 2014; MARTIN et al., 2004). No entanto, é considerada como disciplina, pois possui uma base epistemológica que a define (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013). Segundo a definição do consenso do WONCA europeu revisado em 2011, a disciplina de Medicina de Família e Comunidade é definida:

por ser, normalmente, o primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão; utilizar eficientemente os recursos da saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário; desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade; ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva; gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crônicos, dos pacientes individuais; gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente; promover a saúde e bem-estar através de intervenções, tanto apropriadas como efetivas; ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade; lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (ALLEN et al., p. 8, 2011).

McWHINNEY (2010) ressalta que esta especialidade médica não é definida em termos de conteúdos específicos, como doenças, tecnologias ou sistemas orgânicos, mas sim uma disciplina definida em termos de relacionamentos, no qual o relacionamento é anterior ao conteúdo (RODRÍGUEZ et al., 2014). O primeiro princípio da especialidade reforça que o compromisso primordial do médico de família é com a pessoa/família/comunidade, sem limi-

tação do atendimento segundo o tipo de problema de saúde apresentado – o que significa que qualquer problema relacionado à área da saúde de um indivíduo está dentro do campo de trabalho desse profissional e que o comprometimento não tem ponto final definido, pois o relacionamento não se encerra ao final de um tratamento (McWHINNEY, 2010; GAY, 2013).

Além disso, o médico de família deve procurar compreender o contexto da experiência com a doença, observando-a no seu contexto pessoal, familiar e social (SCLIAR, 2007). A especialidade dá importância aos aspectos subjetivos da medicina, pois considera que, para entender os relacionamentos, é preciso conhecer as emoções, inclusive as próprias, convidando o médico de família à autorreflexão (ALLEN et al., 2011; CUTOLO, 2006). A prática da MFC busca transcender a divisão tradicional entre mente e corpo, utilizando, como ferramenta da consulta, o método clínico centrado na pessoa, o qual exige atenção às emoções das pessoas (FAVA; SONINO, 2008).

Outro princípio da especialidade é que o médico de família de comunidade vê cada contato com as pessoas como uma oportunidade de prevenção de doenças e promoção da saúde e vê as pessoas que atende como uma população de risco, integrando dois tipos de conhecimento: a capacidade de ver o universal no particular e o particular no universal (SCLIAR, 2007; RODRÍGUEZ et al., 2014). Considerando que, em média, um médico de família e comunidade vê cada pessoa sob seus cuidados quatro vezes ao ano, esses encontros constituem ricas oportunidades de colocar em prática a medicina preventiva e a promoção da saúde (McWHINNEY, 2010). No entanto, essa visão, que tem por base a epidemiologia e a bioestatística, pode gerar conflitos com o primeiro princípio, de compromisso com a pessoa, pois a ênfase na prevenção pode competir em termos de tempo e recursos com o atendimento que tem por base as respostas aos problemas identificados pela pessoa, bem como pode afastar o foco do atendimento da complexidade da pessoa em prol de resultados numéricos (CUTOLO, 2006). Outros princípios igualmente importantes da MFC são o trabalho em rede, o atendimento domiciliar e o gerenciamento de recursos, aspectos esses que podem tornar-se fonte importante de conflitos, dependendo do contexto de administração, gestão e organização do processo de trabalho (ALLEN et al., 2011).

Dessa maneira, considerando a complexidade epistemológica da MFC, com diversos pontos conflituosos entre os princípios que pautam sua identidade, o presente estudo evidencia o seguinte problema: qual o perfil ocupacional dos médicos de família e comunidade no sul do Brasil, a qualidade da Atenção Primária à Saúde por eles prestada e a satisfação destes com o trabalho?

## 2 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

### 2.1 O trabalho médico no Brasil e a Medicina de Família e Comunidade

Segundo o último censo demográfico médico brasileiro, a Demografia médica no Brasil (SCHEFFER et al., 2015), realizada em 2015, existem 399.692 diplomados em medicina no país. Algumas características marcantes sobre a profissão médica, demonstradas por estudos internacionais e evidenciadas pelo censo também no contexto brasileiro, foram: longas jornadas de trabalho (dois terços dos médicos brasileiros têm carga horária superior a quarenta horas semanais), multiplicidade de vínculos empregatícios (quase metade possuem três ou mais vínculos concomitantes) e elevada taxa de percepção de sobrecarga de trabalho (um terço dos médicos sente-se sobrecarregado) (SCHEFFER et al., 2015; PRINS et al., 2007; DYRBYE et al., 2013).

Cinquenta e nove por cento dos médicos brasileiros possuem título de especialista, considerando como especialistas, nessa pesquisa, aqueles que concluíram Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação e possuem registro de especialista certificada pela Associação Médica Brasileira, entre os quais há 4.022 médicos de família e comunidade (SCHEFFER et al., 2015). As características sociodemográficas da especialidade e a distribuição destes médicos ocorrem conforme figuras e tabela abaixo (SCHEFFER et al., 2015).

Tabela 1: Características sociodemográficas da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

<b>Medicina de Família e Comunidade</b>		
Número de especialistas	4.022	
Razão de especialistas por 100.00 habitantes	2,00	
Percentual sobre total de especialidades	1,2	
	Média/anos	DP
Idade	41,4	9,4
Tempo de formado	16,5	11,4
	Número	%
Masculino	1746	43,4
Feminino	2276	56,6

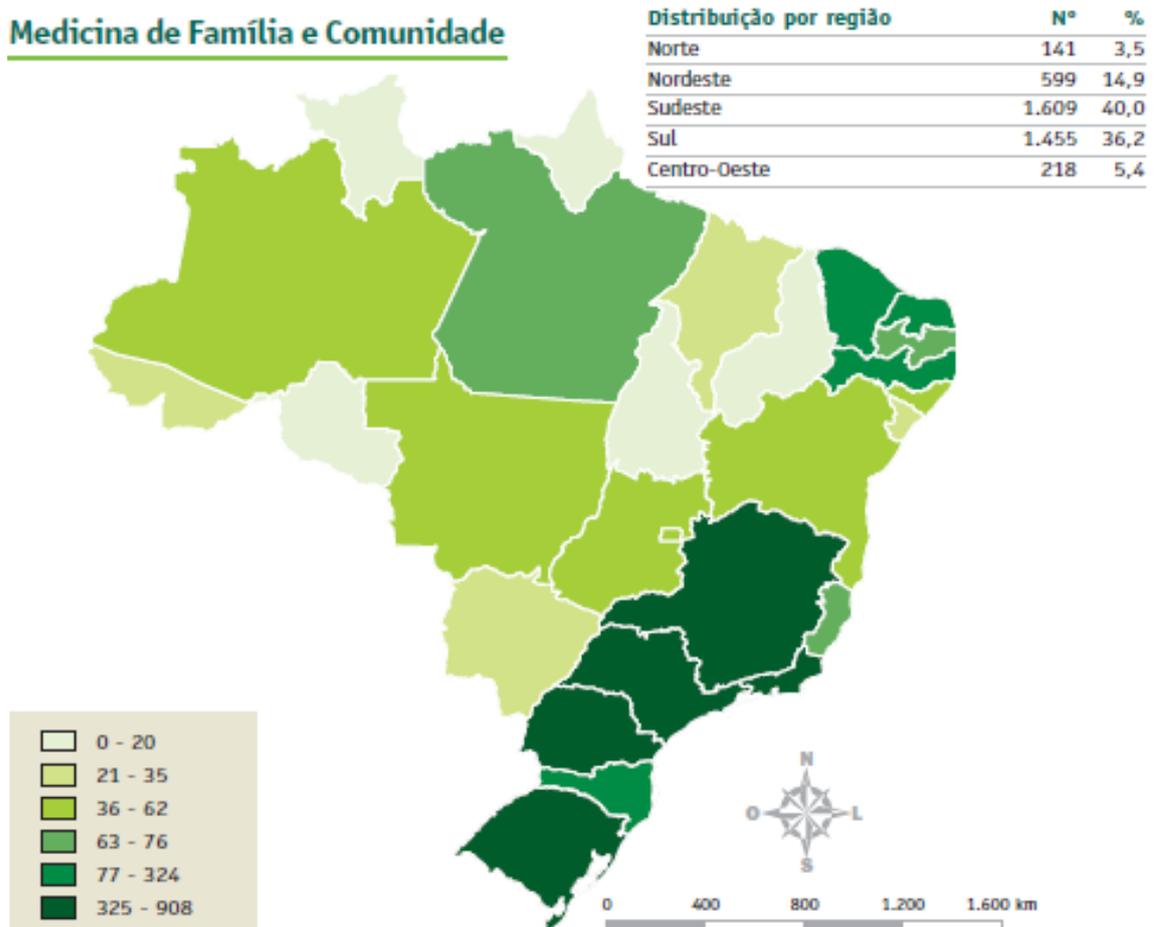
Fonte: SCHEFFER et al., 2015.

Tabela 1: Características sociodemográficas da Medicina de Família e Comunidade no Brasil (continuação).

<b>Medicina de Família e Comunidade</b>		
	Número (%)	% cumulativa
<29 anos	250 (6,2)	06,2
30-34 anos	812 (20,2)	26,4
35-39 anos	1026 (25,5)	51,9
40-44 anos	595 (14,8)	66,7
45-49 anos	442 (11,0)	77,7
50-54anos	390 (9,7)	87,4
55-59 anos	380 (8,1)	95,5
60-64 anos	148 (3,7)	99,2
65-69 anos	33 (0,7)	99,9
>70 anos	06 (0,1)	100

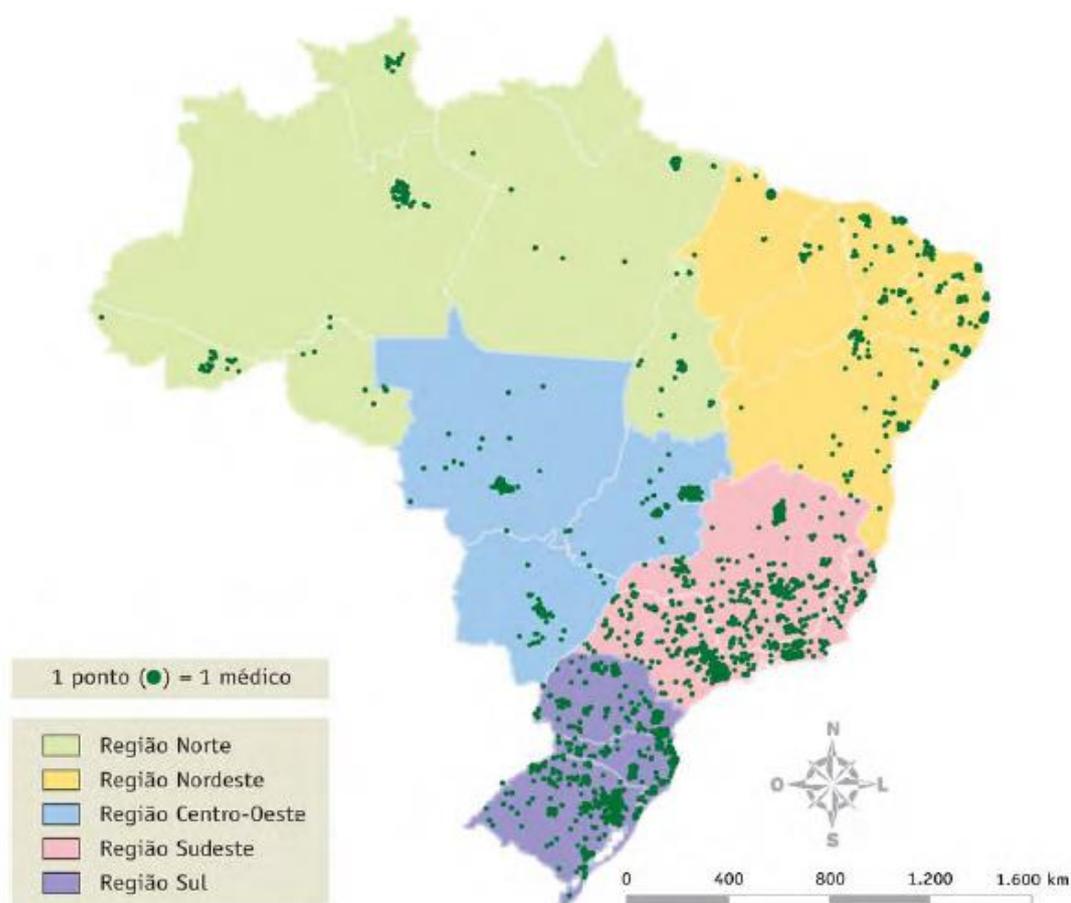
Fonte: SCHEFFER et al., 2015.

Figura 1: Mapa de distribuição dos titulados em Medicina de Família e Comunidade nas Regiões brasileiras.



Fonte: SCHEFFER et al., 2015.

Figura 2: Mapa de distribuição dos médicos de família e comunidade no Brasil por Municípios.



Fonte: SCHEFFER et al., 2015.

Uma particularidade chave da especialidade é que o médico de família e comunidade é, por natureza e função, um generalista (McWHINNEY, 2010). Os generalistas têm a perspectiva da organização como um todo e suas relações com o mundo externo, buscam entender como cada parte funciona dentro do todo e auxiliam na adaptação a mudanças, tanto internas quanto externas (GAY, 2013). Os problemas que surgem devem ser trazidos ao generalista para avaliação: após definir o problema, o generalista pode tratá-lo ou encaminhar para um especialista – mas manterá a responsabilidade de assegurar que o problema será tratado de acordo com o interesse da pessoa/família/comunidade (McWHINNEY, 2010; RODRÍGUEZ et al., 2014; MARTIN et al., 2004).

Ao decidir por esse campo da medicina, os médicos de família e comunidade renunciam ao desenvolvimento unilateral em favor do equilíbrio e completude, com o ônus da falta de reconhecimento por uma sociedade que é, por ela mesma, desequilibrada, e o sacrifí-

cio de talentos especiais em favor da excelência geral (McWHINNEY, 2010). Nessa perspectiva, a Medicina de Família e Comunidade, é, por definição, uma especialidade clínica orientada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) (GAY, 2013).

A APS é entendida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a oferta de cuidados essenciais em saúde, baseada em técnicas e práticas, cientificamente abalizadas e socialmente aceitáveis, e como uma tecnologia integralmente acessível para pessoas e famílias em seus contextos comunitários (WHO, 1978). De forma semelhante, o *American Institute of Medicine* define cuidados primários como a prestação de serviços de saúde integrados e acessíveis, por médicos capacitados para responder à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde pessoais, que desenvolvam uma parceria sustentada com seus pacientes e que pratiquem a medicina no contexto da família e da comunidade (GAY, 2013; MARTIN et al., 2004).

Para a Associação Americana de Médicos de Família, a APS inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a manutenção e proteção da saúde, o aconselhamento, a educação em saúde, o diagnóstico e o tratamento de doenças agudas e crônicas, em uma variedade de ambientes de cuidados de saúde (RODRÍGUEZ et al., 2014). Já de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, a APS é uma forma de organização dos Sistemas de Saúde, de modo a possibilitar o acesso universal aos serviços, com atenção integral, integrada e longitudinal (CASTRO et al., 2012; GAY, 2013).

No Brasil, em 1994, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada como tática para a reorientação do Sistema Único de Saúde a partir da expansão da APS (CASTRO et al., 2012; FALK, 2004). Essa Estratégia pode ser entendida como um modelo de APS operacionalizado através de ações de prevenção, promoção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, prestadas por equipes de saúde da família, comprometidas em cuidar da saúde de forma abrangente e integral, com foco na unidade familiar e em consonância com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade (FERRER et al., 2014).

Nessa concepção, a equipe de saúde de família é multiprofissional e interdisciplinar, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A equipe trabalha com a adscrição territorial, com atribuição de sua clientela a partir do registro e rastreamento da população de uma determinada área de cobertura (CASTRO et al., 2012). Cabe salientar que os agentes comunitários de saúde não recebem capacitação formal: são recrutados dentro da comunidade onde vivem para

desempenhar o importante papel de construir o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde (FERRER et al., 2014).

Embora o orçamento para o financiamento venha aumentando gradativamente, com consequente ampliação da cobertura populacional da ESF (CASTRO et al., 2012), a demografia médica brasileira de 2015 evidencia que a presença de médicos nas unidades básicas de saúde e de estratégia saúde da família pode não ser suficiente para a concretização da APS como ordenadora do Sistema Único de Saúde (SCHEFFER et al., 2015).

## **2.2 Qualidade da Atenção Primária à Saúde**

A eficácia e a eficiência da APS vêm se evidenciando, cada vez mais, assim como sua capacidade de reduzir as iniquidades em saúde (GAY, 2013), já que uma boa APS pode melhorar a qualidade, os resultados e os custos dos cuidados e deve tornar-se o verdadeiro norte dos sistemas de saúde (RAWAF; MAESENEER; STARFIELD, 2008).

Em consonância com a clássica proposta de Starfield para a avaliação da APS, essa se conceitua por meio de quatro características, denominadas atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (BRASIL, 2010). O acesso de primeiro contato é entendido como a facilidade de acesso ao serviço e seu uso a cada problema de saúde, enquanto a integralidade é acomodar rede de serviços de maneira que o paciente possa usufruir de todos os tipos de atenção à saúde (CASTRO et al., 2012). Já a longitudinalidade implica no uso do serviço ao longo do tempo e na existência de uma fonte de atenção em saúde contínua e regular, enquanto a coordenação do cuidado é definida como a disponibilidade de informações em saúde prévias para uso conforme necessário no atendimento presente (BRASIL, 2010). Além disso, também são definidos três atributos derivados: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (CASTRO et al., 2012).

Essas características podem ser julgadas individualmente, embora intimamente interligadas durante a prática da assistência em APS. Pode-se considerar, a partir dos atributos propostos, que um serviço é provedor de APS quando proporciona os quatro atributos essenciais. Além disso, se o serviço apresentar também os três atributos derivados, estará otimizando o relacionamento com os sujeitos e com a comunidade por ele assistidos (BRASIL, 2010). Assim, no contexto de serviços em APS, avalia-se que quanto maior o alcance dos atributos propostos, melhor será a qualidade da atenção prestada pelo serviço (GAY, 2013).

Dessa maneira, a definição de Starfield pode nortear as estratégias de avaliação dos serviços e sistemas de saúde pautados na APS (RAWAF; MAESENEER; STARFIELD, 2008). Para atender esse objetivo, foi desenvolvido o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), já validado no Brasil, destinado a verificar a presença e extensão dos quatro atributos essenciais, bem como dos três atributos derivados da APS, já que a identificação desses atributos permite avaliar indiretamente a efetividade dos resultados da atenção sobre a saúde da população (BRASIL, 2010).

### **2.3 Satisfação no trabalho**

Estudos sobre satisfação no trabalho em geral, provenientes de pesquisas clássicas da área de psicologia aplicada, demonstram que trabalhadores satisfeitos são mais engajados e motivados a aperfeiçoar a qualidade de seu trabalho (HARTER; SCHMIDT; HAYES, 2002; SCHNEIDER et al., 2003). Assim, a nível individual, há evidências da associação positiva entre satisfação e desempenho no trabalho, a qual se torna particularmente importante em trabalhos complexos (JUDGE et al., 2001). Além disso, trabalhadores com maiores níveis de satisfação com o trabalho têm maiores chances de engajarem-se em comportamentos solidários e cidadãos (FOOTE; TANG, 2008), os quais, apesar de não fazerem parte das tarefas profissionais, estão associados a um melhor desempenho organizacional (ORGAN, 1998; MOHR et al., 2011).

Nessa perspectiva, quando se trata do trabalho da área da saúde, há uma preocupação crescente em relação ao bem-estar dos profissionais da saúde em seu ambiente de trabalho e, em especial, da classe médica (TSUTSUMI, 2011; WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009; SCHEURER et al., 2009). Pesquisas demonstram que, em comparação à população em geral, os médicos têm maiores taxas de prevalência da síndrome de *burn out* (PRINS et al., 2007; DYRBYE et al., 2013; BOVIER; PERNEGER, 2003), já que lidam diariamente com altas cargas de trabalho e fortes demandas emocionais (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009; PRINS et al., 2010).

Há evidências de que, para além da saúde individual do próprio médico, a satisfação no trabalho é essencial para a promoção da saúde da população por ele atendida (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009). Pesquisas demonstram que médicos que sofrem com *burn out* promovem cuidados inadequados ao paciente (SHANAFELT et al., 2010; HALBESLEBEN; RATHERT, 2008), assim como níveis baixos de satisfação entre os médicos podem impactar negativamente no desempenho do sistema de saúde (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009;

RIZVI et al., 2012). Estudos evidenciam que o contrário também ocorre: médicos com bons níveis de satisfação tendem a prestar melhores cuidados aos seus pacientes (WILLIAMS; SKINNER, 2003), já que altos níveis de satisfação e comprometimento com trabalho estão associados com melhores indicadores de controle e prevenção de doenças, além de apresentar associação positiva com melhores índices de satisfação entre os pacientes (VAN DEN HOMBERGH et al., 2009).

A maior parte das pesquisas recentes sobre a satisfação com o trabalho médico tem focado nos indicadores negativos, destacando-se a prevalência de *burn out* e ocorrência de erros médicos (SHANAFELT et al., 2010; HALBESLEBEN; RATHERT, 2008; WALLACE; LE-MAIRE; GHALI, 2009). Entretanto, de acordo com a abordagem positiva da psicologia, torna-se mister ampliar a compreensão do assunto através do entendimento do impacto positivo da satisfação médica (LUTHANS, 2002). Há indícios de que médicos com altos níveis de satisfação com o trabalho prestam melhores cuidados, possivelmente porque estão motivados a fazer todos os esforços por seus pacientes (WILLIAMS; SKINNER, 2003). Além disso, associam-se à satisfação com o trabalho diversas emoções positivas, maior disposição e melhor capacidade de concentração, o que se estima que contribua para o médico centrar-se no paciente, levando a promoção do melhor cuidado possível (HORN et al., 2004; DEMEROUTI; TARIS; BAKKER, 2007; XANTHOPOULOU; BAKKER; ILIES, 2012).

Não obstante os substanciais resultados das pesquisas atuais sobre o tema, uma revisão sistemática recente evidenciou que ainda não está claro qual o impacto da satisfação do trabalho médico nos índices de saúde dos pacientes (SCHEEPERS et al., 2015). No entanto, diversos estudos demonstraram associação entre a satisfação no trabalho médico e a qualidade do cuidado com o paciente, contribuindo positivamente na satisfação da população atendida, assim como nos aspectos do relacionamento interpessoal entre profissional e paciente (WILLIAMS; SKINNER, 2003; DEMEROUTI; TARIS; BAKKER, 2007; XANTHOPOULOU; BAKKER; ILIES, 2012). Dessa forma, a satisfação no trabalho não só é vital para a existência e manutenção de uma força de trabalho médica saudável e ativa, mas também pode contribuir para melhorar a saúde da população atendida (GROL, 2001).

#### **2.4 Compreensão interdisciplinar do objeto de estudo**

Conforme o conhecimento científico foi evoluindo gradualmente, foi também sendo fragmentado em uma ampla gama de disciplinas, as quais se destinam a aprofundar-se em um campo de conhecimento específico (TEBES; THAI; MATLIN, 2014). Recentemente, estudio-

tos tornaram-se cada vez mais conscientes sobre a necessidade de interligar as áreas disciplinares para conseguir responder totalmente a perguntas críticas, ou para facilitar a aplicação do conhecimento em uma área específica (ABOELELA et al., 2007). Este reconhecimento tem estimulado um interesse crescente dentro da comunidade científica no desenvolvimento de novos conhecimentos, através da investigação que combina as habilidades e perspectivas de várias disciplinas – a interdisciplinaridade (PORTER et al., 2006; ABOELELA et al., 2007).

O surgimento da interdisciplinaridade pode corresponder, em parte, a uma resposta a um interesse social mais amplo em perspectivas holísticas, que não reduzem a experiência humana a uma única dimensão de descritores e à consciência de que uma série de campos extremamente importantes e produtivos de estudo são eles próprios interdisciplinares, como, por exemplo, a bioquímica, a biofísica, a psicologia social, a geofísica e a informática (ABOELELA et al., 2007). Dessa forma, a interdisciplinaridade não deve ser entendida como um fim, mas sim como um meio para avançar na investigação de demandas e problemas da sociedade (PORTER et al., 2006).

A interdisciplinaridade precisa ser conceituada para poder ser operacionalizada (TEBES; THAI; MATLIN, 2014). No entanto, a definição exata de pesquisa interdisciplinar não encontra consenso na literatura (PORTER et al., 2006): já foi descrita como o uso direto ou indireto de conhecimentos, métodos, técnicas, dispositivos ou produtos resultantes de atividades científicas e tecnológicas de outros campos do conhecimento (ABOELELA et al., 2007); ou como um modo de pesquisa por equipes ou indivíduos que integra perspectivas, conceitos, teorias e/ou ferramentas, técnicas e/ou informações/dados de dois ou mais corpos de conhecimento ou campos de prática de pesquisa especializados, com a finalidade de avançar na compreensão fundamental ou a resolver problemas cujas soluções estão além do alcance de um único campo de prática de pesquisa (PORTER et al., 2006).

A investigação interdisciplinar também foi entendida como qualquer estudo ou grupo de estudos realizados por acadêmicos a partir de duas ou mais disciplinas científicas distintas, sendo que, nesse contexto, a pesquisa é baseada em uma modelo conceitual que une ou integra quadros teóricos provenientes dessas disciplinas, utiliza desenhos de estudo e metodologias que não são limitados por nenhum desses campos e requer o uso de perspectivas e habilidades interligadas das disciplinas envolvidas em todo ou em várias fases do processo de investigação (PORTER et al., 2006). Nesse cenário, destacam-se três componentes-chave da interdisciplinaridade: métodos de pesquisa qualitativamente diferentes; a existência de um *continuum* de colaboração, com alto grau de compartilhamento e comunicação entre discipli-

nas específicas; e o resultado da colaboração, seja a resposta para um problema complexo, seja uma nova linguagem, método ou disciplina híbridos (ABOELELA et al., 2007).

No contexto da área da saúde, não há dúvidas de que as abordagens necessárias para melhorar o cuidado em saúde e as políticas em saúde e suas implicações, são, por sua própria natureza, interdisciplinares (PORTER et al., 2006; ROWSON, et al., 2012). Nessa perspectiva, a pesquisa interdisciplinar em saúde pode ser definida como aquela que integra os pontos analíticos fortes de duas ou mais disciplinas científicas, frequentemente díspares, para resolver um determinado problema biológico (TEBES; THAI; MATLIN, 2014). Ao envolver disciplinas aparentemente não relacionadas, a interdisciplinaridade na saúde gradualmente mitiga lacunas tradicionais na terminologia, abordagem e metodologia, removendo obstáculos para uma potencial colaboração, permitindo um verdadeiro encontro de mentes, que amplia o escopo da investigação de problemas biomédicos, rendendo ideias frescas e possivelmente inesperadas, e até mesmo podendo dar à luz a novas disciplinas híbridas que são mais analiticamente sofisticadas que as tradicionais (ABOELELA et al., 2007; ROWSON, et al., 2012).

Já a promoção da saúde é a ponta de lança de uma nova saúde pública, definida, entre outros, pelo Relatório Lalonde e pela Carta de Ottawa, ambos os quais argumentaram em favor da emancipação da promoção da saúde de uma perspectiva individualista e comportamental, para a adoção de um enfoque global da saúde e uma abordagem holística de seus determinantes (TREMBLAY; RICHARD, 2011). Esta reinterpretação decorre da constatação de que a saúde humana é o fruto de processos complexos que operam através de inúmeros sistemas interativos (ROWSON, et al., 2012).

A promoção da saúde é entendida mais como um campo do que como uma disciplina específica, e por isso, implica em um distanciamento das visões simplificadoras e estreitas de saúde como ausência de doença, típicas do modelo biomédico tradicional (TREMBLAY; RICHARD, 2011). Por esse motivo, é considerada uma área do conhecimento que pressupõe o trabalho interdisciplinar como fundamental para a compreensão multidimensional da saúde, bem como para o estabelecimento de intervenções intersetoriais, dinâmicas e contextuais que os problemas em saúde exigem (PORTER et al., 2006).

Nesse contexto, a Saúde do Trabalhador alia abordagens de pesquisas clássicas da área de psicologia aplicada a métodos das disciplinas de Epidemiologia clássica e Bioestatística para investigar os determinantes da saúde associados ao trabalho (HARTER; SCHMIDT; HAYES, 2002; SCHNEIDER et al., 2003). Aliás, na perspectiva da saúde do trabalhador da saúde, há evidências de que, para além da saúde individual do próprio profissional, diversos

fatores associados ao trabalho são essenciais para a promoção da saúde da população por ele atendida (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009), destacando sua relação com a Promoção da Saúde.

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde inclui ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção e proteção da saúde, aconselhamento, educação em saúde, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas, em uma variedade de ambientes de cuidados de saúde (RODRÍGUEZ et al., 2014), e por si só, já é considerada área de trabalho interdisciplinar. Ademais, por ser uma forma de organização dos Sistemas de Saúde, também se interliga com o campo de estudo das disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Pública (CASTRO et al., 2012; GAY, 2013).

A Medicina de Família e Comunidade é, por definição, uma especialidade clínica orientada para o trabalho na Atenção Primária à Saúde, que pressupõe uma interação interdisciplinar com uma equipe multiprofissional (GAY, 2013). Além disso, por lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões (física, psicológica, social, cultural e existencial), necessita, para sua prática, de conhecimentos das mais diversas disciplinas em saúde e, indubitavelmente, também está atrelada ao campo da Promoção da Saúde (ALLEN et al., 2011).

Dessa forma, o presente trabalho, ao abordar o panorama da Medicina de Família e Comunidade no Sul do Brasil, interliga, através da pesquisa interdisciplinar em saúde, as disciplinas de Saúde do Trabalhador e o campo de Promoção da Saúde (TREMBLAY; RICHARD, 2011). Além disso, associa também as áreas de Saúde Coletiva e Saúde Pública, ao buscar avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada (ROWSON, et al., 2012). Outrossim, ao estudar a possível associação entre as variáveis estudadas, utiliza-se de conhecimentos da Epidemiologia clássica e da Bioestatística (TEBES; THAI; MATLIN, 2014). Trata-se, portanto, de uma pesquisa interdisciplinar em Promoção da Saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Traçar um perfil ocupacional dos médicos de família e comunidade do Sul do Brasil, da qualidade da Atenção Primária à Saúde por eles prestada e a satisfação destes com o trabalho, associando estas variáveis.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar a população objeto de estudo, de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- b) Estimar a qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada por essa população;
- c) Estimar os níveis de satisfação com o trabalho dessa população;
- d) Associar o perfil ocupacional, qualidade do trabalho prestado e níveis de satisfação com o trabalho no contexto da Medicina de Família e Comunidade.

##### **3.2.1 Objetivos prováveis dos artigos**

- a) Artigo 1: Caracterizar a população objeto de estudo, de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais e associar esse perfil ocupacional com a qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada por essa população.
- b) Artigo 2: Caracterizar a população objeto de estudo, de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais e associar esse perfil ocupacional com os níveis de satisfação com o trabalho dessa população.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Amostra/população/sujeitos**

Segundo o último censo demográfico médico, realizado em 2015 (SCHEFFER et al., 2015), existem 4.022 médicos de família e comunidade titulados no país, o que corresponde a cerca de 1,2% do total de médicos especialistas brasileiros com titulação. Os médicos de família estão distribuídos desigualmente entre os Estados e Regiões, com maior concentração nas Regiões Sudeste (n = 1.609 médicos, correspondendo a 40% do total de médicos de família), Sul (n = 1.455, 36,2%) e Nordeste (n = 599, 14,9%) e menor concentração nas Regiões Centro-Oeste (n = 218, 5,4%) e Norte (n = 141, 3,5%). Na Região Sul, há 825 médicos de família no Estado do Rio Grande do Sul, 331 no Estado de Santa Catarina e 229 no Estado do Paraná (SCHEFFER et al., 2015).

O Sul do país foi escolhido para a aplicação deste estudo por apresentar a segunda maior concentração de médicos de família, e, além de suas particularidades culturais regionais que diferem do restante do país, também se trata da região geográfica onde está a Universidade de Santa Cruz do Sul. Dessa forma, a população do presente estudo corresponde aos 1.455 médicos de família e comunidade titulados residentes na Região Sul do país. Nesse caso, não houve necessidade de cálculo amostral, pois serão convidados a participar da pesquisa todos os profissionais que atuam nesta área.

#### **4.1.1 Critério de inclusão**

São critérios para inclusão no estudo:

- Ser médico, com graduação completa em Medicina, realizada no Brasil ou no exterior com revalidação do diploma e ter registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde reside;
- Ter titulação na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, obtida através de: a) conclusão de residência médica em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral Comunitária, reconhecida pelo Ministério da Educação, com registro na Comissão Nacional de Residência Médica, ou b) aprovação em prova de titulação, realizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com registro na Associação Médica Brasileira (AMB);
- Residir e trabalhar na Região Sul do Brasil, isto é, nos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina ou Paraná;

- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4.1.2 Critérios de exclusão**

São critérios para exclusão no estudo:

- Retirar sua participação voluntária no decorrer do estudo;
- Não concluir o questionário do estudo.

#### **4.2 Delineamento metodológico**

O presente estudo caracteriza-se por uma abordagem epidemiológica de corte transversal e correlacional. Nos estudos transversais, almeja-se constatar a presença ou não do desfecho de interesse em uma amostra, selecionada da população alvo da pesquisa, sendo que, a fração dos sujeitos que apresentam a condição de interesse (casos) constitui a prevalência do objeto de estudo (FLETCHER; FLETCHER, 2006). Nesse tipo de estudo, a exposição e o desfecho são mensurados concomitantemente (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003), assemelhando-se a uma fotografia instantânea das características da amostra em estudo.

As pesquisas transversais, apesar de não permitirem associações do tipo causa-efeito (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003), são considerados como uma ferramenta de grande valor para o planejamento dos serviços de saúde, pois originam informações relevantes a respeito das características da população, das condições clínicas examinadas, e de sua distribuição na população, além de possibilitar a assimilação de fatores de risco (BASTOS; DUQUIA, 2007; FLETCHER; FLETCHER, 2006). Dessa forma, esses estudos são úteis no planejamento de intervenções que despontem como mandatórias e podem colaborar para o avanço tecnológico e científico.

Os estudos correlacionais possibilitam o estabelecimento de associações, a partir de relações entre variáveis aleatórias, expressando, através de índices numéricos, a magnitude (força de associação) e o sentido (positivo ou negativo) dessas correlações (GAYA, 2008). Dessa forma, objetiva-se averiguar o alcance da relação entre as variáveis, sem que haja manipulação das mesmas, inviabilizando, dessa forma, associações do tipo causa-efeito (MOTA, 2010). Assim, as pesquisas correlacionais contribuem na geração de hipóteses, sendo que, nesses casos, as unidades de análise são grupos de indivíduos e não pessoas em particular (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

No presente estudo, será avaliado o perfil ocupacional como exposição, e as variáveis de atributos da Atenção Primária à Saúde e grau de satisfação com o trabalho como desfechos.

### 4.3 Hipóteses e variáveis

As hipóteses gerais da presente pesquisa serão determinadas com base no referencial teórico, nos seus objetivos e nos problemas de pesquisa, da seguinte forma:

Hipótese Nula - H0: Não há associação entre o perfil ocupacional dos médicos de família e comunidade do Sul do Brasil, sua satisfação com o trabalho e os atributos da Atenção Primária à Saúde por eles prestada.

Hipótese 1: A satisfação com trabalho dos médicos de família e comunidade do Sul do Brasil é diretamente relacionada ao perfil ocupacional.

Hipótese 2: Os atributos da Atenção Primária à Saúde prestada estão diretamente relacionados ao perfil ocupacional dos médicos de família e comunidade do Sul do Brasil.

Hipótese 3: Os atributos da Atenção Primária à Saúde prestada e a satisfação com o trabalho dos médicos de família e comunidade do Sul do Brasil estão associados.

A variável independente principal (exposição), no presente estudo, será representada pelo perfil ocupacional, analisado através das variáveis: número de vínculos contratuais de trabalho, tempo de trabalho em cada vínculo contratual, tipo(s) de vínculo(s) contratual(is), salário de cada vínculo contratual, carga horária semanal de cada vínculo, tipo(s) de trabalho(s), local(is) de trabalho, outro(s) tipo(s) de emprego e carga(s) horária(s) semanal(is) do(s) outro(s) emprego(s).

A exposição é representada pelas seguintes características:

Número de vínculos contratuais: variável quantitativa discreta.

Tempo de trabalho em cada vínculo contratual: variável quantitativa discreta, referente aos meses completos em cada emprego.

Tipo de vínculo contratual: variável qualitativa polinomial, com quatro categorias.

Salário de cada vínculo contratual: variável quantitativa discreta que posteriormente será categorizada.

Carga horária semanal: variável quantitativa discreta.

Tipo de trabalho: variável qualitativa polinomial, com cinco categorias.

Local de trabalho: variável qualitativa polinomial, com oito categorias.

Outro tipo de emprego: variável qualitativa dicotômica (sim ou não).

Carga horária semanal do outro emprego: variável quantitativa discreta.

A primeira variável dependente (desfecho 1) deste estudo é constituída pelos níveis de satisfação com o trabalho, que será analisada através do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23), o qual, por se tratar de média da pontuação, é uma variável quantitativa contínua.

A segunda variável dependente (desfecho 2) desta pesquisa será a qualidade dos atributos da Atenção Primária à Saúde prestada, medida através do instrumento PCATool em português na versão para profissionais da saúde. Essa variável, por também se tratar de média do somatório total da pontuação, é caracterizada como variável quantitativa contínua.

Outras covariáveis analisadas serão: idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar *per capita* mensal, número de dependentes da renda, número de filhos, tabagismo, etilismo e prática de atividade física. As características dessas variáveis são, respectivamente:

Idade: variável quantitativa contínua, referente aos anos de vida dos indivíduos entrevistados, obtida através do item data de nascimento;

Sexo: variável qualitativa dicotômica (masculino e feminino);

Escolaridade: variável qualitativa polinomial, com seis categorias;

Estado civil: variável qualitativa polinomial, com cinco categorias;

Renda familiar *per capita* mensal: variável calculada a partir da renda mensal de cada membro familiar e do número de dependentes da renda. Posteriormente será definido um ponto de corte para categorização da variável;

Número de dependentes da renda: variável quantitativa discreta;

Número de filhos: variável quantitativa discreta;

Tabagismo: variável qualitativa dicotômica (sim ou não);

Etilismo: variável qualitativa dicotômica (sim ou não);

Prática de atividade física: variável qualitativa dicotômica (sim ou não).

#### **4.4 Procedimentos metodológicos**

O presente estudo contará com as seguintes etapas:

1ª etapa: elaboração do projeto de pesquisa;

2ª etapa: encaminhamento do projeto para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa;

3ª etapa: contato com a direção da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para obtenção do nome e local de atuação dos sujeitos de pesquisa;

4ª etapa: seleção e treinamento dos entrevistadores;

5ª etapa: contato com os sujeitos de pesquisa e coleta dos dados;

6ª etapa: digitação dos resultados;

7ª etapa: análise e discussão dos resultados;

8ª etapa: elaboração da dissertação;

9ª etapa: defesa da dissertação;

10ª etapa: divulgação dos resultados.

A operacionalização dessas etapas ocorrerá de acordo com o cronograma, em um item específico (item 5).

#### **4.5 Técnicas e instrumentos de coleta**

Após aprovação do projeto, as pesquisadoras entrarão em contato com a Sociedade Brasileira da Medicina de Família e Comunidade para obtenção do nome e local de atuação de todos os sujeitos de pesquisa que preencherem os critérios de seleção. De acordo com a listagem fornecida, os sujeitos de pesquisa serão abordados a partir do envio do instrumento de pesquisa, junto a instruções e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por correspondência (correio).

Para a concretização da coleta dos dados, será utilizado um instrumento de pesquisa (anexo 1) do tipo questionário, autoaplicável, composto por questões fechadas de múltipla escolha. O protocolo de pesquisa será distribuído pelas pesquisadoras e, após instruções, será preenchido pelos médicos que aceitarem participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

O instrumento de coleta é composto por três seções, distribuídas da seguinte forma:

A primeira seção refere-se ao perfil ocupacional e aos dados sociodemográficos, sendo constituída por questões abrangendo as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar *per capita* mensal, número de dependentes da renda, número de filhos, tabagismo (considerado como o consumo de tabaco ocasional ou frequente), etilismo (considerado como o consumo de bebidas alcoólicas igual ou maior que três doses por semana), prática de atividade física (considerada como no mínimo, 150 minutos por semana), número de vínculos contratuais, tempo de trabalho em cada vínculo contratual, tipo(s) de vínculo(s) contratual(is), salário de cada vínculo contratual, tipo(s) de trabalho(s), local(is) de trabalho, outro(s) tipo(s) de emprego e carga(s) horária(s) semanal(is) do(s) outro(s) emprego(s).

A segunda seção refere-se à satisfação com o trabalho, medida através do Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23, validado em português em 2008 (CARLOTTO; CAMARA, 2008). Este questionário é composto, no total, por 20 questões, por meio de escala Likert com cinco níveis (totalmente insatisfeito, parcialmente insatisfeito, indiferente, parcialmente satisfeito, ou totalmente satisfeito) que abrangem a satisfação com o trabalho, a partir de cinco fatores, divididos da seguinte maneira:

Parte A – Satisfação com a supervisão: constituída por cinco itens.

Parte B – Satisfação com o ambiente físico de trabalho: constituída por cinco itens.

Parte C – Satisfação com os benefícios e políticas de organização: constituída por três itens.

Parte D – Satisfação intrínseca do trabalho: constituída por quatro itens.

Parte E – Satisfação com a participação: constituída por três itens (CARLOTTO; CAMARA, 2008).

A cada uma das 20 questões do Questionário de Satisfação com o Trabalho S20/23 é atribuído um valor conforme a resposta assinalada, correspondendo a pontuação da seguinte maneira: totalmente insatisfeito = um ponto, parcialmente insatisfeito = dois pontos, indiferente = três pontos, parcialmente satisfeito = quatro pontos, ou totalmente satisfeito = cinco pontos. A pontuação total do questionário é construída pelo somatório simples da pontuação das questões de cada uma das cinco dimensões, variando entre 20 e 100 pontos, e a satisfação no trabalho é calculada a partir da média das pontuações obtidas em cada dimensão avaliada (CARLOTTO; CAMARA, 2008).

A terceira e última seção é referente à qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada pelo profissional respondente, sendo apreendida, na presente pesquisa, como a existência e alcance dos atributos considerados essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, medida através do instrumento PCATool, em português, versão para profissionais de saúde, validado no Brasil em 2010 (BRASIL, 2010). O PCATool é uma ferramenta de coleta de dados desenvolvida para avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária – a partir de 77 questões por meio de escala Likert com cinco níveis (“com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”) (BRASIL, 2010). As questões são divididas em oito componentes, relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde, da seguinte forma:

Parte A – Acesso de Primeiro contato / Acessibilidade: constituído por nove itens.

Parte B – Longitudinalidade: constituído por 13 itens.

Parte C – Coordenação / Integração de Cuidados: constituído por seis itens.

Parte D – Coordenação / Sistema de Informações: constituído por três itens.

Parte E – Integralidade / Serviços disponíveis: constituído por 22 itens.

Parte F – Integralidade / Serviços prestados: constituído por 15 itens.

Parte G – Orientação Familiar: constituído por três itens.

Parte H – Orientação Comunitária: constituído por seis itens (BRASIL, 2010).

A cada uma das 77 questões do PCATool é atribuído um valor conforme a resposta assinalada, correspondendo a pontuação da seguinte maneira: com certeza sim = quatro pontos, provavelmente sim = três pontos, provavelmente não = dois pontos, com certeza não = um ponto (BRASIL, 2010). As questões assinaladas com a alternativa “não sei/não lembro” serão consideradas, para fins de análise, com a pontuação da opção provavelmente não = dois pontos. Exceção a essa regra é a questão A9, que foi criada de forma que, quanto maior a resposta assinalada, menor é a orientação para a Atenção Primária à Saúde e, dessa forma, somente nesta questão, invertem-se os valores da pontuação para: com certeza sim = um ponto, provavelmente sim = dois pontos, provavelmente não = três pontos, e com certeza não = quatro pontos (BRASIL, 2010).

A pontuação de cada atributo do questionário é construída através do cálculo da média aritmética da pontuação das questões de cada um dos oito componentes. O escore dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde é calculado através da soma simples das pontuações da cada componente essencial (partes A, B, C, D, E e F), dividido pelo número de componentes (seis). Já o escore geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde é calculado através do somatório das pontuações de todos os componentes do questionário (partes A, B, C, D, E, F, G e H), dividido pelo número total de componentes (oito) (BRASIL, 2010).

## **4.6 Processamento e análise dos dados**

### **4.6.1 Processamento dos dados**

Os dados coletados serão inseridos numa base de dados utilizando-se para isso, o programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0.

### **4.6.2 Análise dos dados**

#### **4.6.2.1 Análise da variável de exposição – Perfil sociodemográfico e ocupacional**

O perfil ocupacional e aos dados sociodemográficos serão analisados da seguinte maneira:

Idade: variável quantitativa contínua, referente aos anos de vida dos indivíduos entrevistados, obtida através do item data de nascimento;

Sexo: variável qualitativa dicotômica (masculino e feminino);

Escolaridade: variável qualitativa polinomial, com seis categorias;

Estado civil: variável qualitativa polinomial, com cinco categorias;

Renda familiar *per capita* mensal: variável calculada a partir da renda mensal de cada membro familiar e do número de dependentes da renda. Posteriormente será definido um ponto de corte para categorização da variável;

Número de dependentes da renda: variável quantitativa discreta;

Número de filhos: variável quantitativa discreta;

Tabagismo: variável qualitativa dicotômica (sim ou não);

Etilismo: variável qualitativa dicotômica (sim ou não);

Prática de atividade física: variável qualitativa dicotômica (sim ou não);

Número de vínculos contratuais: variável quantitativa discreta;

Tempo de trabalho em cada vínculo contratual: variável quantitativa discreta, referente aos meses completos em cada emprego;

Tipo de vínculo contratual: variável qualitativa polinomial, com quatro categorias;

Salário de cada vínculo contratual: variável quantitativa discreta que posteriormente será categorizada;

Tipo de trabalho: variável qualitativa polinomial, com cinco categorias;

Local de trabalho: variável qualitativa polinomial, com seis categorias;

Outro tipo de emprego: variável qualitativa dicotômica (sim ou não);

Carga horária semanal do outro emprego: variável quantitativa discreta.

#### **4.6.2.2 Análise das variáveis de desfecho**

##### **4.6.2.2.1 Análise da variável de desfecho 1 – Satisfação com o trabalho (Questionário de Satisfação com o Trabalho S20/23)**

A cada uma das 20 questões do Questionário de Satisfação com o Trabalho S20/23 é atribuído um valor conforme a resposta assinalada, correspondendo à pontuação da seguinte maneira: totalmente insatisfeito = um ponto, parcialmente insatisfeito = dois pontos, indife-

rente = três pontos, parcialmente satisfeito = quatro pontos, ou totalmente satisfeito = cinco pontos. A pontuação total do questionário é construída pelo somatório simples da pontuação das questões de cada uma das cinco dimensões, variando entre 20 e 100 pontos, e a satisfação no trabalho é calculada a partir da média das pontuações obtidas em cada dimensão avaliada.

#### **4.6.2.2 Análise da variável de desfecho 2 – Qualidade da Atenção Primária à Saúde (PCATool)**

A cada uma das 77 questões do PCATool é atribuído um valor conforme a resposta assinalada, correspondendo a pontuação da seguinte maneira: com certeza sim = quatro pontos, provavelmente sim = três pontos, provavelmente não = dois pontos, com certeza não = um ponto. As questões assinaladas com a alternativa “não sei/não lembro” serão consideradas, para fins de análise, com a pontuação da opção provavelmente não = dois pontos. Exceção a essa regra é a questão A9, que foi criada de forma que, quanto maior a resposta assinalada, menor é a orientação para a Atenção Primária à Saúde e, dessa forma, somente nesta questão, invertem-se os valores da pontuação para: com certeza sim = um ponto, provavelmente sim = dois pontos, provavelmente não = três pontos, e com certeza não = quatro pontos.

A pontuação de cada atributo do questionário é construída através do cálculo da média aritmética da pontuação das questões de cada um dos oito componentes. O escore dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde é calculado através da soma simples das pontuações da cada componente essencial (partes A, B, C, D, E e F), dividido pelo número de componentes (seis). Já o escore geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde é calculado através do somatório das pontuações de todos os componentes do questionário (partes A, B, C, D, E, F, G e H), dividido pelo número total de componentes (oito).

#### **4.6.2.4 Estatística**

A análise dos dados será realizada através de estatística descritiva e correlacional, utilizando o programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0. Para análise de comparação entre os grupos, será utilizado, nas variáveis contínuas, teste t de Student para amostras independentes e, nas variáveis categóricas, teste exato de Fisher. Para verificação de associação entre as variáveis, serão realizadas análises por correlação de Pearson e modelagem de regressão linear, ajustada pelo método dos mínimos quadrados. Significância estatística será considerada como  $p < 0,05$ .

#### **4.7 Considerações éticas**

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC para avaliação e aprovação para realização do projeto. Após, também será solicitada autorização da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, através de carta de aceite, para obtenção da listagem de médicos a serem entrevistados.

Os selecionados para participar do estudo em questão receberão informações sobre o objetivo da pesquisa e sobre o caráter voluntário da participação e garantias sobre o sigilo e os preceitos éticos das informações fornecidas. Serão orientados a realizar a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) e, em caso de aceitação em participar da pesquisa, deverão assiná-lo.

A pesquisa não apresenta riscos à saúde dos trabalhadores e se tentará evitar qualquer constrangimento que possa, porventura, ocorrer durante o preenchimento do instrumento de pesquisa.

Os resultados obtidos com o desenvolvimento deste estudo serão apresentados sob a forma de artigos em dissertação para a obtenção do título de Mestre e, posteriormente, as informações serão repassadas de modo que nenhum trabalhador seja identificado individualmente.

## 5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividades	ANO 2016												ANO 2017												ANO 2018	
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F		
1. Elaboração do projeto de pesquisa	X	X	X	X	X	X	X	X	X																	
2. Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa									X	X																
3. Contato com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade									X																	
4. Seleção e treinamento dos entrevistadores									X	X	X															
5. Coleta dos dados													X	X	X	X	X	X								
6. Digitação dos dados													X	X	X	X	X	X								
7. Análise e discussão dos resultados																		X	X	X	X	X	X			
8. Elaboração da dissertação																		X	X	X	X	X	X			
9. Defesa da Dissertação																								X		
10. Encaminhamento para publicação e divulgação dos resultados																								X		

## **6 RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA**

Além da pesquisadora e da orientadora, será necessário o recrutamento e treinamento de acadêmicos voluntários para a aplicação do protocolo de pesquisa com os médicos de família e comunidade em seus ambientes de trabalho. O espaço físico mais adequado para preenchimento dos questionários será definido com os sujeitos da pesquisa.

Após a coleta dos dados, os questionários serão revisados, codificados e digitados pelos pesquisadores. Essa atividade será desenvolvida na Biblioteca do Mestrado em Promoção da Saúde e na Biblioteca Central da Universidade de Santa Cruz do Sul.

## 7 ORÇAMENTO/RECURSOS MATERIAIS

Itens a serem financiados		Valor unitário	Valor total	Fonte viabilizadora
Especificações	Quantidade			
Pacote com 500 folhas de ofício tamanho A4	4	R\$ 15,40	R\$ 61,60	Pesquisador
Tinta para impressora	4	R\$ 60,00	R\$ 240,00	Pesquisador
CD-Rom gravável	5	R\$ 1,50	R\$ 7,50	Pesquisador
Caneta vermelha	10	R\$ 0,66	R\$ 6,60	Pesquisador
Caneta destaca texto	5	R\$ 2,00	R\$ 10,00	Pesquisador
Lápis preto	30	R\$ 1,00	R\$ 30,00	Pesquisador
Borracha	30	R\$ 1,30	R\$ 39,00	Pesquisador
Prancheta de Eucatex	10	R\$ 2,00	R\$ 20,00	Pesquisador
Caderno de notas	22	R\$ 1,50	R\$ 33,00	Pesquisador
Computador portátil	2	R\$ 1.000,00	R\$ 2.000,00	Pesquisador
Xerox de artigos e documentos	250	R\$ 0,15	R\$ 37,50	Pesquisador
Pen-drive 8Gb	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00	Pesquisador
Pasta arquivo	2	R\$ 22,00	R\$ 44,00	Pesquisador
Custos com correios	2000	R\$ 0,44	R\$ 880,00	Pesquisador
Impressões de pôster para apresentação	2	R\$ 55,00	R\$ 110,00	Pesquisador
Total geral: R\$ 3.579,20				

## **8 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS**

Espera-se com esse estudo, avaliar o perfil ocupacional dos médicos de família e comunidade do Sul do Brasil, estimando a qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada e os níveis de satisfação com o trabalho dessa população, buscando determinar se há associação entre esses fatores no contexto da Medicina de Família e Comunidade.

Os resultados obtidos com o desenvolvimento deste estudo serão apresentados sob a forma de artigos em dissertação para a obtenção do título de Mestre e posteriormente as informações serão repassadas aos médicos, à direção da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, e aos gestores estaduais, para providências.

O estudo situacional é de extrema relevância para delinear um panorama da atuação da especialidade, com informações importantes sobre seu processo de trabalho, de forma a trazer contribuições para promover sensibilização e reflexão sobre o trabalho desses profissionais médicos subestimados.

Dessa forma, poderão ser elaboradas estratégias de prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, objetivando melhorar as condições de trabalho, com reflexo nos aspectos de saúde como um todo desses trabalhadores, além de impactar nos níveis de satisfação com o trabalho e qualidade da assistência prestada, contribuindo para o fortalecimento dos serviços de Atenção Primária à Saúde brasileiros e alavancar a Medicina de Família e Comunidade no país.

## **9 RISCOS/DIFICULDADES/LIMITAÇÕES**

O presente estudo tem a finalidade principal de descrever o panorama do trabalho dos médicos de família. O tipo de delineamento metodológico escolhido, transversal e correlacional, permite a análise da associação entre as variáveis, embora não possibilite o estabelecimento de relação do tipo causa-efeito entre exposição e desfecho, uma vez que ambas são avaliadas simultaneamente, num mesmo intervalo de tempo. Dessa forma, devido à temporalidade, não se pode excluir, como possível viés, a causalidade reversa. Como se trata de estudo transversal, esta pesquisa também está sujeita à possibilidade de ocorrência de diversos outros vieses relacionados ao delineamento escolhido, além da interferência de fatores de confusão. Ademais, a seleção por conveniência e a ausência de cálculo amostral podem impactar diminuindo a representatividade da pesquisa.

Outro fator limitante do estudo refere-se à aplicação de um instrumento de pesquisa do tipo autoaplicável, já que há possibilidade da ocorrência de falhas no preenchimento, acarretando perda de dados. Em benefício do sigilo com preservação de identidade do sujeito de pesquisa, as perdas são irreversíveis e estão aquém do controle dos pesquisadores. Além disso, quaisquer aferições de caráter autorreferido são suscetíveis a vieses de memória e de suspeição diagnóstica.

Por se tratar de um estudo que avalia aspectos laborais associados a questões de qualidade do trabalho prestado e satisfação com o trabalho, pode haver perdas e recusas quanto à participação nesta pesquisa devido à possibilidade de constrangimentos ou desconfortos em alguns trabalhadores.

Enfim, também é importante ressaltar que podem ocorrer dificuldades em relação ao ambiente adequado para realização da coleta dos dados no ambiente de trabalho, em função de sobrecarga de atividades ou espaço físico limitado.

## REFERÊNCIAS

- ABOELELA, S. W. et al. Defining Interdisciplinary Research: conclusions from a Critical Review of the Literature. *Health Services Research*, Columbia, v. 42, n. 1, p. 329-346, 2007.
- ALLEN, J. et al. *The European Definition of General Practice / Family Medicine*. WONCA Europe, 2011.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. *Epidemiologia Básica*. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.
- BOVIER, P. A.; PERNEGER, T. V. Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 13, n. 4, p. 299-305, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). *Psico-USF*, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 203-210, 2008.
- CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.
- CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.
- DEMEROUTI, E.; TARIS, T. W.; BAKKER, A. B. Need for recovery, home-work interference and performance: is lack of concentration the link? *Journal of Vocational Behavior*, New York, v. 71, n. 2, p. 204-220, 2007.
- DYRBYE, L. N. et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic Proceedings*, Rochester, v. 88, n. 12, p. 1358-1367, 2013.
- FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.
- FAVA, G.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Bolonha, v. 77, p. 1-2, 2008.
- FERRER, A. P. S. et al. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services - Brazilian evidence. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 29, n.2, p. 107-113, 2014.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOOTE, D. A.; TANG, T. L. Job satisfaction and organizational citizenship behavior (OCB): does team commitment make a difference in self-directed teams? *Management Decision*, Bingley, v. 46, p. 933-947, 2008.

GAY, B. What's New in the Updated European Definition of General Practice/Family Medicine?. *Journal of General Practice*, Westlakes, v. 1, n. 2, p. 111, 2013.

GAYA, A. (Org.). *Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GROL, R. Improving the quality of medical care. *American Medical Association*, Chicago, v. 286, n. 20, p. 2578-2585, 2001.

HALBESLEBEN, J. R. B.; RATHERT, C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring physicians and patients. *Health Care Management Review*, Germantown, v. 33, n. 1, p. 29-39, 2008.

HARTER, J. K.; SCHMIDT, F. L.; HAYES, T. L. Business-unit-level relationships between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, Washington, D.C., v. 87, p. 268-279, 2002.

HORN, J. E. et al. The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Leichester, v. 77, n. 3, p. 365-375, 2004.

JUDGE, T. A. et al. The job satisfaction-job performance relationship: a qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, Washington, D. C., v. 127, p. 376-407, 2001.

LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.12, n. 4, p.189-201, 2003.

LUTHANS, F. The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, Chichester, v. 23, n. 6, p. 695-706, 2002.

MARTIN, J. C.; AVANT, R. F.; BOWMAN, M. A. et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Annals of Family Medicine*, Cleveland, v. 2, n. 1, p.3-32, 2004.

McWHINNEY, I. *Manual de medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MOHR, D. C. et al. Job satisfaction of primary care team members and quality of care. *American Journal of Medical Quality*, Philadelphia, v. 26, n. 1, p. 18-25, 2011.

MOTA, M. M. P. Elia. Metodologia da pesquisa em desenvolvimento humano: velhas questões revisitadas. *Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v. 4, n. 2, p. 144-149, jul./dez.2010.

ORGAN, D. W. *Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome*. Lexington: D. C. Heath and Company, 1998.

PORTER, A. L. et al. Interdisciplinary research: meaning, metrics and nurture. *Research Evaluation*, Guildford, v. 15, n. 3, p. 187-195, 2006.

PRINS, J. T. et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*, Plymouth, v. 44, n. 3, p. 236-247, 2010.

\_\_\_\_\_ et al. Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*, Plymouth, v. 41, n. 8, p. 788-800, 2007.

RAWAF, S.; MAESENEER, J.; STARFIELD, B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*, London, v. 372, p. 1365-1367, 2008.

RIZVI, R. et al. Facets of career satisfaction for women physicians in the United States: a systematic review. *Women & Health*, Philadelphia, p. 404-421, 28 mar. 2012.

RODRÍGUEZ, C. et al. Family physicians' professional identity formation: a study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. *BMC Medical Education*, London, v. 14, p. 184-195, 2014.

ROWSON, M. et al. Conceptualizing global health: theoretical issues and their relevance for teaching. *Globalization and Health*, Dublin, v. 8, p. 36-44, 2012.

SCHEEPERS, R. A. et al. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *International Journal of Behavioral Medicine*, New York, v. 22, n. 6, p. 683-698, 2015.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2015*. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.

SCHEURER, D. et al. U.S. physician satisfaction: a systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, Hoboken, v. 4, n. 9, p. 560-568, 2009.

SCHNEIDER, B. et al. Which comes first: employee attitudes or organizational financial and market performance? *The Journal of Applied Psychology*, Washington, v. 88, p. 836-851, 2003.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SHANAFELT, T. D. et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 251, n. 6, p. 995-1000, 2010.

TEBES, J. K.; THAI, N. D.; MATLIN, S. L. 21st Century Science as a Relational Process: From Eureka! To Team Science and a Place for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, New Haven, v. 53, p. 475-490, 2014.

TREMBLAY, M. C.; RICHARD, L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promotion International*, Oxford, v. 29, n. 2, p. 378-388, 2011.

TSUTSUMI, A. Occupational health — items on the research agenda. *International Journal of Behavioral Medicine*, Hillsdale, p. 293-294, 2011.

VAN DER HOMBERGH, P. et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, p. 118, 2009.

WALLACE, J. E.; LEMAIRE, J. B.; GHALI, W. A. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, London, v. 374, n. 9702, p. 1714-1721, 2009.

WILLIAMS, E. S.; SKINNER, A. C. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Management Review*, Germantown, v. 28, n. 2, p. 119-139, 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. *The Nursing Journal of India*, New Delhi, v. 70, p. 285-295, 1978.

XANTHOPOULOU, D.; BAKKER, A. B.; ILIES, R. Everyday working life: explaining within-person fluctuations in employee well-being. *Human Relations: Studies Towards the Integration of the Social Sciences*, London, v. 65, n. 9, p. 1051-1069, 2012.

## ANEXO 1 – PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Identificação:

- 1) Questionário número: \_\_\_\_\_ 2) Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Seção 1 – Perfil sociodemográfico e ocupacional

- 3) Qual sua data de nascimento? \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- 4) Sexo: (1) Masculino ou (2) Feminino
- 5) Qual sua escolaridade? (1) Ensino superior completo ou (2) Residência médica completa ou (3) Pós-graduação a nível de especialização completa ou (4) Mestrado completo ou (5) Doutorado completo ou (6) Pós-doutorado completo.
- 6) Qual é o seu estado civil? (1) Solteiro(a) ou (2) União estável ou (3) Casado(a) ou (4) Divorciado(a) ou (5) Viúvo(a).
- 7) Qual é a sua renda familiar mensal? R\$ \_\_\_\_\_
- 8) Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? (inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário): \_\_\_\_ dependentes.
- 9) Quantos filhos você tem? \_\_\_\_ filhos.
- 10) Você fuma (eventualmente ou frequentemente)? (0) Não ou (1) Sim
- 11) Você consome bebidas alcoólicas (considere sim se consumo igual ou maior a três doses por semana)? (0) Não ou (1) Sim
- 12) Você pratica atividades físicas (considere sim se prática de atividades físicas por período igual ou maior a 150 minutos por semana)? (0) Não ou (1) Sim
- 13) Quantos vínculos empregatícios você possui atualmente? \_\_\_\_ vínculos.
- Responda, para cada vínculo:
- 14) Há quanto tempo você trabalha nesta instituição (em meses completos)? \_\_\_\_\_ meses completos.
- 15) Que tipo de vínculo contratual você possui? (1) CLT ou (2) Estatutário ou (3) Terceirização com regime CLT ou (4) Terceirização sem regime CLT.
- 16) Qual seu salário atual? R\$ \_\_\_\_\_
- 17) Qual é a carga horária semanal deste outro emprego? \_\_\_\_\_ horas/semana.
- 18) Qual o tipo de trabalho realizado? (1) Assistência em Atenção Primária à Saúde ou (2) Assistência Hospitalar ou (3) Assistência em Urgência e Emergência ou (4) Docência ou (5) Gestão ou (6) Outro – especifique: \_\_\_\_\_.

19) Qual seu local de trabalho? (1) Unidade Básica de Saúde Pública sem Estratégia de Saúde da Família ou (2) Unidade Básica de Saúde Pública com Estratégia de Saúde da Família ou (3) Unidade Básica de Saúde Privada / Convênio (4) Serviços de Urgência/Emergência (Pronto-Atendimento / Pronto-Socorro / Ambulância / SAMU / UPA) ou (5) Hospital-escola / Universidade ou (6) Consultório particular ou (7) Órgãos gestores (Secretarias Municipais ou Estaduais, órgãos gestores relacionados ao governo, gestão de empresas ou cooperativas ou assemelhados) ou (8) Outro – especifique: \_\_\_\_\_

20) Você possui outro emprego não relacionado à área da saúde? (0) Não ou (1) Sim

21) Em caso afirmativo, qual é a carga horária semanal deste outro emprego? \_\_\_\_\_ horas/semana.

### **Seção 2 - Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23)\***

**Habitualmente o nosso trabalho, nos seus variados aspectos, produz graus diferentes de satisfação ou insatisfação. Classifique, de acordo com a escala abaixo, o grau de satisfação e insatisfação que o seu trabalho lhe proporciona, assinalando o número que corresponda a sua opinião: 1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.**

1. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com o trabalho enquanto fator de realização.

2. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com as oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas nas quais se destaca.

3. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com as oportunidades que o trabalho lhe oferece de fazer coisas de que gosta.

4. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com os objetivos e metas que deve alcançar.

5. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a higiene e a salubridade de seu local de trabalho.

6. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com o ambiente e espaço físico de seu local de trabalho.

7. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a iluminação de seu local de trabalho.

8. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a ventilação de seu local de trabalho.

9. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a climatização de seu local de trabalho.

\*Fonte: CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23). Psico-USF, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 203-210, 2008.

10. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com as relações pessoais com as instâncias de poder.
11. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a supervisão sobre o trabalho que realiza.
12. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a periodicidade das inspeções realizadas.
13. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a forma como avaliam e julgam seu trabalho.
14. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a igualdade de tratamento e sentido de justiça.
15. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com o apoio recebido das instâncias superiores.
16. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho.
17. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a sua participação nas decisões na organização ou na área de trabalho a que pertence.
18. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho a que pertence sobre assuntos relacionados à organização.
19. Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com o modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos de trabalho.
20. Você está: Você está: (1) ou (2) ou (3) ou (4) ou (5) com a forma como se processam as negociações sobre a contratação de trabalho.

### **Seção 3 – Qualidade da Atenção Primária à Saúde (PCATool)\*\***

**Por favor, assinale a opção que mais corresponde à sua realidade, na sua opinião.**

#### **Parte A – Acesso de Primeiro contato / Acessibilidade**

A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

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

A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente se fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente se fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

### **Parte B – Longitudinalidade**

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

### **Parte C – Coordenação / Integração de Cuidados**

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

### **Parte D – Coordenação / Sistema de Informações**

D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

## Parte E – Integralidade / Serviços disponíveis

**Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

E1 – Aconselhamento nutricional. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E2 – Imunizações. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E4 – Avaliação da saúde bucal. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E5 – Tratamento dentário. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E14 – Remoção de verrugas. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E17 – Cuidados pré-natais. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E18 – Remoção de unha encravada. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

### **Parte F – Integralidade / Serviços prestados**

**Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15). Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13. Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15. Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias.**

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?**

F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F2 – Segurança no lar, exemplo: como guardar medicamentos em segurança. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?**

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F11 – Como prevenir quedas. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

**Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?**

F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária. (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

**Parte G – Orientação Familiar**

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

G3 – Você está disposto e é capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

### **Parte H – Orientação Comunitária**

H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

#### **Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?**

H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários). (4) Com certeza sim ou (3) Provavelmente sim ou (2) Provavelmente não ou (1) Com certeza não ou (9) Não sei / não lembro.

## **ANEXO 2 – PROPOSTA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE  
“MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO SUL DO BRASIL: qualidade da Atenção Primária à Saúde  
e satisfação com o trabalho”

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

**Objetivos do estudo:** A presente pesquisa tem por objetivos traçar um perfil das condições de trabalho dos médicos de família e comunidade do sul do Brasil, da qualidade da Atenção Primária à Saúde por eles prestada e sua satisfação com o trabalho, analisando a associação entre esses fatores.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no autopreenchimento voluntário deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

**Riscos:** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Ressalta-se que caso você apresente qualquer desconforto ao refletir para responder às questões solicitadas, poderá interromper o preenchimento do questionário, optando por retomá-lo em outra ocasião ou desistir definitivamente de respondê-lo.

**Benefícios:** O estudo pretende contribuir para conhecer o trabalho dos médicos de família e comunidade, e dessa forma, auxiliar no planejamento de ações e intervenções que se façam necessárias com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e estimular o crescimento da especialidade. Para participar desta pesquisa você não terá custos e nem receberá vantagens financeiras.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

**Patrocínio:** A presente pesquisa não possuiu patrocinadores, sendo totalmente custeada pelos próprios pesquisadores.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo a mim;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são Profa. Dra. Hildegard Hedwig Pohl (telefone: \*\*\*\*\*) e mestranda Juliana da Rosa Wendt (telefone: \*\*\*\*\*). O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 51 3717 7680.

O presente documento, baseado no item IV das diretrizes e normas regulamentares para pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do participante  
voluntário da pesquisa  
Nome do participante voluntário da  
pesquisa: \_\_\_\_\_

Dra. Hildegard Hedwig Pohl  
Telefone: \*\*\*\*\*)  
Email: hpohl@unisc.br

Mestranda Juliana da Rosa Wendt  
Telefone: \*\*\*\*\*)  
Email: ju\_wendt@hotmail.com

**CAPÍTULO II**  
**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

### **1 PARCERIA COM A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

A presente pesquisa consiste em um estudo transversal, cujo objetivo era investigar o perfil ocupacional e a satisfação no trabalho dos médicos de família e comunidade no Sul do Brasil, e a possível associação desses fatores com a qualidade da Atenção Primária por eles prestada.

Como médica de família, faço parte, desde 2013, de um grupo de discussão via e-mail que reúne profissionais da Atenção Básica de todo o país, proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). A inspiração inicial para o tema de pesquisa surgiu a partir de algumas discussões ocorridas nesse grupo de e-mails, que questionavam sobre: se a insatisfação no trabalho em Unidades Básicas de Saúde poderia advir da pressão assistencial do Sistema Único de Saúde; se a organização da Medicina de Família e Comunidade (MFC) na saúde suplementar melhorava a satisfação com o trabalho e a qualidade da Atenção prestada; a dificuldade em conciliar o trabalho em Estratégias de Saúde Família com outros vínculos empregatícios e com pós-graduação; entre outros tópicos semelhantes.

Por se tratar de pesquisa inédita, que justamente desejava mapear quem são e em que trabalham os médicos de família e comunidade do Sul do país, tornou-se inviável o envio do questionário fisicamente aos locais de trabalho ou residência da população-alvo, pois esses endereços não se encontram disponíveis para fins de pesquisa. Dessa forma, durante o planejamento da pesquisa, na tentativa de contornar esse obstáculo, foi proposto que a coleta de dados ocorresse através de instrumento digital para envio por e-mail. Para isso, seria necessária a obtenção de uma listagem de e-mails dos médicos de família do Sul do país.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, fundada em 1981, é a entidade nacional que congrega os médicos de família brasileiros, reconhecida pela Associação Médica Brasileira como a responsável pela elaboração de diretrizes para a atuação em MFC e de concursos para obtenção da titulação de especialista. Como entidade representativa nacional, organizadora de provas de título e de congressos nacionais, a SBMFC dispõe de alguns dados sobre os médicos de família atuantes, incluindo seus respectivos e-mails. Assim, para que a concretização do presente estudo tornasse-se viável, foi proposta, ainda durante a construção do projeto de pesquisa, uma parceria institucional entre a Universidade de Santa

Cruz do Sul e a SBMFC, sendo papel, desta última, fornecer uma listagem de e-mails dos médicos de família do Sul do país e auxiliar na adesão dos sujeitos de pesquisa, divulgando-a.

Em outubro de 2016, através de e-mail enviado à direção da entidade, foi proposta, oficialmente, a parceria com a SBMFC. O presidente da SBMFC respondeu, solicitando que o assunto fosse tratado diretamente com o diretor de pesquisa da Sociedade. O diretor de pesquisa aceitou a parceria, e agendamos uma reunião presencial durante o 21º Congresso Mundial de Médicos de Família e Comunidade (WONCA), no Rio de Janeiro, em novembro de 2016, para tratar sobre condições para a parceria e para assinar o termo de aceite. Infelizmente, por problemas pessoais, o diretor de pesquisa da SBMFC não pôde comparecer ao Congresso e, por isso, seguimos o diálogo via e-mail. Em novembro de 2016, recebi cópia, assinada em nome da SBMFC, da carta de aceite de parceria institucional, firmada pelo diretor de pesquisa da SBMFC (anexo A). Então, com a parceria firmada oficialmente, defendi o projeto de pesquisa perante o Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, e encaminhei-o para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação de ambos.

Em janeiro de 2017, recebi proposta por parte da diretoria de pesquisa da SBMFC de expandir a abrangência de coleta da pesquisa, tornando-a nacional, já que a listagem de e-mails da SBMFC não estava discriminada por Região do país, tornando difícil a localização dos médicos de família da Região Sul. Além disso, foi sugerido que o público-alvo também englobasse os residentes em MFC, que em breve se tornariam médicos de família, na perspectiva de possibilitar uma pesquisa de coorte no futuro. Após apreciação das pesquisadoras, em especial da professora orientadora, a proposta de ampliação da abrangência da coleta de dados foi aceita, porém a presente dissertação selecionaria e trataria apenas dos médicos de família do Sul do país, conforme seu propósito original, previsto no projeto de pesquisa.

Após aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP — UNISC), em janeiro de 2017 (anexo B), foram realizados inúmeros contatos, via e-mail e telefone, com a SBMFC, para obtenção da listagem de e-mails e divulgação da pesquisa, conforme combinado na parceria institucional firmada. No entanto, não houve resposta.

Devido à demora na obtenção da listagem de e-mails da SBMFC, houve atraso importante no início da coleta de dados, a qual, conforme o projeto de pesquisa, estava agendada para fevereiro de 2017. Relutantemente, em agosto de 2017, como ainda não tinha sido obtida a listagem de e-mails da SBMFC, a coleta de dados foi iniciada por meio de divulgação

pessoal da pesquisa, por parte das pesquisadoras, entre os médicos de família e comunidade conhecidos, além do envio do questionário através do grupo de e-mails da SBMFC.

Essas estratégias de divulgação da pesquisa não obtiveram o resultado esperado, com baixíssima adesão dos sujeitos de pesquisa (0,1% da amostra), indicando claramente que, caso a SBMFC continuasse a não cumprir com a sua parte na parceria, de enviar a listagem de e-mails e divulgar a pesquisa, o projeto seria inviável. Várias tentativas de divulgação da pesquisa, via mídias sociais, foram realizadas, também sem sucesso. Novos contatos com a SBMFC foram realizados, via e-mail e telefone, novamente sem resposta.

Somente em meados de outubro de 2017, após muita insistência, conversando pessoalmente com a diretoria da SBMFC, foi obtida a listagem de e-mails da SBMFC. A listagem enviada pela SBMFC, em 18 de outubro de 2017, continha 6.499 e-mails, dos quais 992 (15,26%) não eram válidos. Quanto à divulgação da pesquisa, a SBMFC não cumpriu com o combinado, fato que pode ter contribuído para baixa taxa de resposta ao questionário (150 respondentes). Durante o 14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em Curitiba, entre 02 e 05 de novembro de 2017, as pesquisadoras coletaram, adicionalmente, 1.252 e-mails dos médicos de família presentes no evento.

## **2 CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DIGITAL NA PLATAFORMA *GOOGLE FORMS* E O PROJETO PILOTO**

Durante os meses de fevereiro, março e abril de 2017, foi realizada a construção do instrumento de coleta de dados em formato digital. O instrumento do presente estudo é um questionário, autoaplicável, composto por questões fechadas de múltipla escolha, com três seções distintas, conforme previsto no projeto de pesquisa. Devido à extensão do questionário (228 questões), e por se tratar de questões fechadas de múltipla escolha, optou-se por construir sua versão digital na plataforma *google forms*. A escolha dessa plataforma ocorreu por ser gratuita e de fácil manuseio, além de contemplar o formato escolhido para o questionário.

Concluída a elaboração do questionário digital, em maio de 2017, foram selecionados 25 médicos de família e comunidade para a realização de projeto piloto, entre junho e julho de 2017, com objetivo de testar o instrumento de pesquisa. Os sujeitos participantes do projeto piloto foram selecionados, por conveniência, a partir dos mesmos critérios de exclusão e inclusão do projeto de pesquisa exceto o residir e trabalhar na Região Sul do Brasil. Foram priorizados, no piloto, médicos com participação ativa nos debates sobre o tema, com extensa experiência profissional na área e/ou com atuação acadêmica importante.

Dos 25 sujeitos convidados, 16 concluíram o questionário. Não houve relato de mau funcionamento da plataforma digital, nem de dificuldades na autoaplicação do instrumento. Dentre os participantes, nove enviaram e-mails com sugestões de melhorias, especialmente correções pequenas na redação de algumas questões e acréscimo de pontos importantes que não constavam no questionário. A partir dessas valiosas sugestões, foram realizadas pequenas modificações no instrumento de pesquisa, qualificando-o.

### 3 O PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada em agosto de 2017, por meio de divulgação pessoal da pesquisa, por parte das pesquisadoras, entre os médicos de família e comunidade conhecidos, além do envio do questionário através do grupo de e-mails da SBMFC e das mídias sociais. Posteriormente, em outubro de 2017, foi obtida a listagem de e-mails da SBMFC, contendo 6.499 e-mails, dos quais 992 (15,26%) não eram válidos. Durante o 14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em Curitiba, entre 02 e 05 de novembro de 2017, as pesquisadoras coletaram, adicionalmente, 1.252 e-mails dos médicos de família presentes no evento.

O convite para a participação na pesquisa foi enviado, eletronicamente, com o assunto “MFC, participe! Pesquisa sobre a satisfação do MFC no trabalho”. No corpo do e-mail, junto ao link para preencher o questionário, constava o texto de apresentação do estudo (anexo C), informando seus objetivos, metodologia e resultados esperados, concluindo com o convite para participação na pesquisa, ressaltando que o critério para participação era ser médico de família e comunidade, independentemente do local ou tipo de trabalho realizado. No texto do e-mail, constavam, em destaque, o tempo médio de preenchimento do questionário, de 40 minutos, e o prazo para a resposta, inicialmente 05 de novembro, postergada, posteriormente, para 10 de dezembro de 2017. Além disso, havia instruções para o preenchimento, e informações sobre a validação do questionário e o número de questões (16 questões sobre perfil socioeconômico; cinco questões sobre trabalho anterior em APS; 26 questões sobre satisfação do trabalho; e 77 questões sobre qualidade da APS prestada). Salientou-se que o tempo para preenchimento do questionário dependia da situação do participante, já que o número de questões a serem respondidas poderia variar entre 21 e 228, pois a seção a sobre satisfação no trabalho (26 questões) deveria ser respondida uma vez para cada atividade remunerada atual, e o PCA-Tool (77 questões) era de preenchimento opcional e destinado apenas aos médicos de família e comunidade atuantes, no momento da pesquisa, em serviços de Atenção Primária à Saúde.

O processo de envio dos e-mails foi concluído em 20 de novembro de 2017. Foram realizadas três tentativas de envio para cada e-mail. O recebimento de respostas ao questionário na plataforma *google forms* foi desativado em 10 de dezembro de 2017, encerrando a fase de coleta de dados, sendo obtidas 150 respostas.

#### **4 MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO ORIGINAL DE PESQUISA**

Optou-se por manter o projeto de pesquisa original no primeiro capítulo desta dissertação. Porém, devido às dificuldades encontradas, principalmente durante a coleta de dados, conforme já relatado, houve modificações na pesquisa em relação ao projeto inicial, que brevemente serão aqui relatadas. Modificou-se o cronograma da pesquisa em relação ao originalmente descrito no projeto, devido aos diversos entraves durante a execução dessa pesquisa: o período de coleta de dados, previsto inicialmente para os meses de fevereiro a junho de 2017, ocorreu, de fato, entre junho e dezembro de 2017.

Também foram necessárias alterações na amostra da pesquisa, já que o reduzido número de médicos de família do Sul do Brasil participantes inviabilizou o planejamento original de investigar somente essa população. Assim, retirou-se o critério de inclusão de residir e trabalhar na Região Sul e ampliou-se a abrangência de público-alvo da pesquisa para o todo o país, transformando-a no primeiro inquérito sobre MFC em âmbito nacional. Entretanto, pela baixa taxa de resposta ao questionário, o presente trabalho não pode ser considerado como censo, conforme projetado inicialmente, mas, indubitavelmente, apresenta uma valorosa contribuição por seu caráter pioneiro, exploratório e nacional.

Por fim, o instrumento de pesquisa (anexo D) foi construído digitalmente e, graças às sugestões dos participantes do projeto piloto, foram acrescentadas ao questionário da pesquisa as variáveis Município e Estado de residência e tempo decorrido desde a graduação. Algumas categorias de resposta foram modificadas, como nas questões sobre tabagismo (acrescentadas as opções tabagista, ex-tabagista e não tabagista), prática regular de exercícios físicos (acrescentadas as opções de sedentarismo, prática de atividades físicas entre 30 e 150 minutos por semana, e mais de 150 minutos por semana), estado civil (casado e união estável foram agrupadas na mesma categoria), número de vínculos empregatícios (renomeado para número de atividades remuneradas) e motivo de demissão de trabalho anterior em assistência direta na Atenção Primária à Saúde (tornou-se a única questão aberta do questionário, e foi posteriormente categorizada para análise).

**CAPÍTULO III**  
**ARTIGOS**

## **ARTIGO I**

Quem são e em que trabalham os médicos de família? Um estudo exploratório do perfil socioeconômico e ocupacional da Medicina de Família no Brasil.

\*Elaborado conforme as normas de instrução para submissão de artigos da revista *Cadernos de Saúde Pública*

Fator de impacto: 1,0730

Qualis A2 – Área de avaliação: Interdisciplinar

Este artigo será submetido em português.

**TITULO COMPLETO:** Quem são e em que trabalham os médicos de família? Um estudo exploratório do perfil socioeconômico e ocupacional da Medicina de Família no Brasil.

**TITULO RESUMIDO:** Quem são e em que trabalham os médicos de família no Brasil?

**RESUMO:** A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica clínica, centrada no trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), cujo foco é o relacionamento com a pessoa atendida, não havendo limitação do atendimento segundo o tipo de problema apresentado. Há cerca de 4.000 médicos de família e comunidade (MF) no país, população raramente estudada. O presente estudo objetivou investigar o perfil socioeconômico e ocupacional dos MF no Brasil, através de um estudo transversal descritivo, nacional exploratório, cujo instrumento foi um questionário autoaplicável, digital, sobre variáveis socioeconômicas e ocupacionais. Foram enviados 6.759 convites, via e-mail, aos MF, entre junho e dezembro de 2017. Foram obtidas 150 respostas, das quais 107 (71,33%) eram válidas. A distribuição geográfica dos participantes foi compatível com o contexto nacional, predominando as Regiões Sudeste (51,4%) e Sul (29,9%). Os MF eram, em geral, jovens (média = 39 anos, DP  $\pm 7,11$ ), casados (72%), sem filhos (46,7%), pertencentes à alta classe social (72%), não tabagistas (88,8%) e sedentários (86%). Houve predomínio de mulheres (57,9%) e baixa prevalência de divorciados (6,5%). A maioria tornou-se especialista através da conclusão de Residência em MFC (73,8%) e possui poucos vínculos empregatícios (32,7%  $\geq 3$  vínculos), longas jornadas de trabalho (90,5%  $\geq 40$  horas semanais), longa permanência no emprego (média = 56,93 meses) e preferência pelo Sistema Único de Saúde (84,8%). Trabalham principalmente na APS (71%), também atuando em docência (44,9%) e gestão (25,9%). Assim, este estudo traz contribuições para a compreensão de quem são e em que trabalham os MF no Brasil e sugere tópicos para pesquisas futuras.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Saúde do Trabalhador; Sistema Único de Saúde.

**COMPLETE TITLE:** Brazilian family physicians: who are they and what do they work on? An exploratory study of Brazilian Family Medicine's socioeconomic and occupational profile.

**SHORT TITLE:** Brazilian family physicians: who are they and what do they work on?

**ABSTRACT:** Family Medicine (FM) is a clinical medical specialty centered in Primary Health Care (PHC) that focuses on the relationship with the patient, without limitations by the type of health problem presented. In Brazil, there are about 4,000 family physicians (FP), a population rarely ever studied. The objective of the present study was to investigate Brazilian FP's socioeconomic and occupational profile, through a cross-sectional descriptive exploratory national survey, using a self-applied digital questionnaire. 6,759 invitations to participate in the survey were emailed to Brazilian FP between June and December 2017. 150 questionnaires were answered, of which 107 (71.3%) were valid. The sample's geographic distribution was similar to the Brazilian context, predominating participants from the Southeast (51.4%) and South (29.9%) regions. Brazilian FP are generally young (mean age = 39 years; SD  $\pm 7.11$ ), female (57.9%), married (72%), childless (46.7%), non-smoking (88.8%) and sedentary (86%). FP in Brazil belong to high social class (72%), have low prevalence of divorces (6.5%) and became specialists by concluding a two-year FM medical residency program (73.8%). It's predominant to have one exclusive full time job (37.4%) instead of working multiple jobs at the same time (32.7% have three or more concurrent jobs). Most FP work in the Brazilian public health system (84.8%), the Unified Health System, with long work hours (90.5% work weekly 40 hours or more) and lengthy job tenure (mean 56.93 months). Most FP work in PHC services (71%), but many also work in teaching (44.9%) or management (25.9%). Therefore, the present study contributes to the understanding of Brazilian FM's socioeconomic and occupational profile and suggests topics for future research.

**KEYWORDS:** Family Medicine; Primary Health Care; Work; Occupational Health, Unified Health System.

## **ARTIGO II**

Associação entre satisfação do médico de família no trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada: um estudo exploratório brasileiro.

\*Elaborado conforme as normas de instrução para submissão de artigos da revista *BMJ Open*

Fator de impacto: 2,369

Qualis A2 – Área de avaliação: Interdisciplinar

Este artigo será submetido em inglês.

**TÍTULO:** Associação entre satisfação do médico de família no trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde prestada: um estudo transversal exploratório brasileiro.

**RESUMO: Introdução:** Diversas pesquisas evidenciaram a associação entre a satisfação do médico no trabalho e a qualidade do cuidado por ele ofertado, inclusive no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, não há registros de estudos sobre a relação entre satisfação no trabalho e qualidade da APS, a partir dos atributos da APS propostos por Starfield. **Objetivo:** Investigar se há associação entre os níveis de satisfação no trabalho dos médicos de família e comunidade (MF) brasileiros e os escores de qualidade da APS por eles prestada. **Metodologia:** Estudo transversal analítico, nacional exploratório, cujo instrumento foi um questionário estruturado autoaplicável, digital, enviado por e-mail, entre junho e dezembro de 2017. **Participantes:** 82 MF brasileiros, atuantes em serviços de APS, com distribuição geográfica compatível com o contexto nacional. **Desfechos:** Satisfação no trabalho, medida através do Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23; e qualidade dos atributos da APS prestada, medida através do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), na versão para profissionais da saúde. **Resultados:** Os MF brasileiros apresentaram níveis médios de satisfação com o trabalho (média = 3,4; DP  $\pm$ 0,87), entre a indiferença e a satisfação parcial. A qualidade da APS encontrada foi adequada ( $\geq$  6,6), tanto na avaliação global (média = 7,06; DP  $\pm$ 0,86), quanto na análise dos atributos essenciais da APS (média = 6,89; DP  $\pm$ 0,84). Houve correlação positiva significativa entre a satisfação no trabalho e o escore dos atributos essenciais ( $r = 0,291$ ;  $p = 0,008$ ) e do escore geral do PCATool ( $r = 0,303$ ;  $p = 0,006$ ). **Conclusão:** O presente estudo trouxe evidências de que há associação entre a satisfação do médico de família no trabalho e a qualidade da APS por ele prestada, sugerindo a necessidade de políticas de promoção de melhorias nos condicionantes da satisfação desses profissionais no trabalho.

#### **PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO:**

- O presente estudo foi pioneiro na análise da relação entre a satisfação no trabalho e a extensão dos atributos da APS através do PCATool, não havendo registro de outras investigações sobre essa associação.
- A população-alvo estudada foi composta por médicos especialistas em MFC, população raramente investigada no Brasil, e o cenário (*setting*) da pesquisa foram os serviços de APS onde atuam esses profissionais.
- O corte transversal da pesquisa impossibilita a inferência causal entre as variáveis estudadas.
- O instrumento utilizado (PCATool versão profissionais da saúde) considerou somente a visão dos médicos como critério avaliador da APS, não incorporando outros indicadores importantes de qualidade.
- A amostra, embora com distribuição geográfica compatível com o contexto nacional, foi pequena (82 MF brasileiros atuantes em serviços de APS), o que pode ter diminuído a força e representatividade do estudo.

**TITLE:** Association between family physicians' job satisfaction and quality of the Primary Health Care provided: an exploratory cross-sectional Brazilian study.

**ABSTRACT: Introduction:** The association between physicians' job satisfaction and quality of care provided has been evidenced by several studies, including in the context of Primary Health Care (PHC). However, no researches relating primary care physician's job satisfaction and quality of the PHC provided, measured through Starfield's PHC domains, were found. **Objective:** To study the relationship between Brazilian family physicians' (FP) job satisfaction and quality of PHC provided (PHC assessment). **Study design:** Cross-sectional exploratory national survey, using a digital structured self-applied questionnaire, sent by email, between June and December 2017. **Participants:** 82 Brazilian FP working in PHC services across the country. **Outcomes:** Job satisfaction, measured through the Job Satisfaction Questionnaire S20/23; and PCH quality, measured through the Primary Care Assessment Tool (PCAT), provider version; both validated for Portuguese. **Results:** Moderate scores of job satisfaction were found (mean = 3.4; SD  $\pm$ 0.87), between indifference and partial satisfaction. PHC assessment scores demonstrated adequate quality of PHC (cut off  $\geq$  6.6), both in essential domains (mean = 6.89; SD  $\pm$ 0.84) and general (mean = 7.06; SD  $\pm$ 0.86) analysis. Significant positive correlation was found between FP's job satisfaction and PCAT scores (essential domains score  $r = 0.291$ ;  $p = 0.008$  and general PCAT score  $r = 0.303$ ;  $p = 0.006$ ). **Conclusions:** The positive association between FP's job satisfaction and quality of PHC provided reinforce the importance of enhancing FP's job satisfaction and improving working conditions in Brazilian PHC settings.

#### **STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY:**

- This study pioneered the analysis of the association between family physicians' job satisfaction and quality of Primary Health Care provided, measured through the Primary Care Assessment Tool, as no other researches on this relationship were found.
- The study was carried out in the Brazilian Primary Health Care setting, and studied the rarely ever investigated population of Brazilian family physicians.
- The cross-sectional design is unable to establish a causality relationship between the variables studied.
- Quality of Primary Health Care provided was measured through the Primary Care Assessment Tool, provider version, and only considered the family physicians' point of view as criteria, without incorporating other important indicators of quality.
- The sample of FP and PHC services studied, although geographically compatible with Brazil's national context, was small (82) and may have reduced the power of the study.

**CAPÍTULO IV**  
**NOTA À IMPRENSA**

## **PESQUISA COM MÉDICOS DE FAMÍLIA BRASILEIROS MOSTRA QUE A SATISFAÇÃO DO MÉDICO NO TRABALHO CONTRIBUI PARA A QUALIDADE DO ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE**

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica, criada em 1972, cujo foco de atuação é o relacionamento do profissional com as pessoas que atende, independentemente do tipo de problema de saúde que tenham. Isso quer dizer que esse tipo de médico, chamado médico de família, é especialista em conhecer e cuidar de pessoas, de todas as idades, e suas famílias, acompanhando-as por toda a vida, tanto para ajudá-las a manter a saúde, prevenindo doenças e promovendo o desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis, quanto para tratar doenças e auxiliar na recuperação da saúde. Para se tornar médico de família, depois de formado em Medicina, é necessário fazer uma especialização prática de dois anos de duração, com regime de trabalho de 60 horas por semana, chamada residência médica, ou passar em uma prova de conhecimentos específicos (prova de titulação) após quatro anos de trabalho na área.

No Brasil, estima-se que existam cerca de 4.000 médicos de família, uma população muito pouco investigada – geralmente as pesquisas envolvendo esses especialistas se concentram apenas em uma cidade, não havendo estudos nacionais sobre eles. Por definição, o médico de família é um profissional capacitado para desenvolver um trabalho de muita qualidade na chamada Atenção Primária à Saúde, popularmente conhecida por “posto de saúde”. No entanto, não é obrigatório ser especialista em Medicina de Família e Comunidade para trabalhar no posto de saúde e, por isso, a maioria dos médicos alocados nesses postos não tem essa especialização.

Então quem são e em que trabalham os médicos de família brasileiros? Como está a qualidade do atendimento nos postos de saúde onde esses especialistas atuam? Eles estão satisfeitos com seu trabalho? O nível de satisfação do médico de família com seu trabalho pode afetar a qualidade do seu atendimento? A busca por essas respostas motivou a elaboração e desenvolvimento da pesquisa intitulada “MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: perfil, satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde”, desenvolvida pela mestrandia Juliana da Rosa Wendt (que é médica de família), do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Hildegard Hedwig Pohl e coorientação da professora Dr<sup>a</sup>. Suzane Beatriz Frantz Krug. 107 médicos de família de todo o Brasil participaram da pesquisa, realizada por e-mail entre junho e dezembro de 2017.

**Quem são?** Observou-se que a maioria dos médicos de família brasileiros estudados é do sexo feminino (57,9%), jovem (idades entre 29 e 58 anos, com média de idade de 39 anos), casada (72%), sem filhos (46,7%) e pertencente à alta classe social (72%). Em geral, esses especialistas não fumam (88,8%), consomem bebidas alcoólicas com moderação (50,5%) e não praticam exercícios físicos regulares (86%). Os médicos de família mostraram-se bastante estudiosos: grande parte já fez ou está fazendo cursos de pós-graduação (73,8%), inclusive mestrado (30,9%) e doutorado (19,6%) e a maioria tornou-se especialista através da conclusão da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (73,9%).

**Em que trabalham?** Os médicos de família, em geral, têm um ou dois empregos ao mesmo tempo (66,4%), com longas jornadas de trabalho (90,5% com 40 horas semanais ou mais). Trabalham principalmente em postos de saúde (71%), no SUS (84,8%) e costumam permanecer no mesmo emprego por bastante tempo (média de 56,93 meses). Poucos têm consultório particular (5,5%), mas muitos são professores nas faculdades de Medicina (44,9%) e alguns trabalham como gestores (25,9%). Há médicos de família que trocaram de emprego (73,3%) ou abandonaram de vez o trabalho em postos de saúde (37,9%) porque estavam sentindo-se sobrecarregados e tinham más condições de trabalho (12,1%), ou para poder fazer mais cursos (11,2%).

Entre os participantes da pesquisa, foram selecionados 82 médicos de família que estavam trabalhando em postos de saúde no momento do estudo para responder sobre a qualidade do seu atendimento e sobre a satisfação com seu trabalho.

**Fazem um trabalho de qualidade?** Para estudar a qualidade do trabalho, foi utilizado um questionário que investiga desde a facilidade de conseguir atendimento médico (tempo de espera por consulta) até quais são os serviços oferecidos no posto de saúde (se há vacinas, remédios e exames), pesquisando também as características do relacionamento entre o médico e a pessoa atendida (é sempre o mesmo profissional que realiza as consultas? ele conhece as pessoas que atende? ele dá tempo suficiente a elas para conversarem sobre suas preocupações?), resultando em uma nota entre zero e dez. Concluiu-se que os médicos de família fazem um trabalho de qualidade nos postos de saúde, com nota média de 7,06, embora tenha ficado evidente a dificuldade de conseguir atendimento médico, principalmente devido aos horários de funcionamento do posto e ao sistema de marcação de consultas.

**Estão satisfeitos com seu trabalho?** Para verificar os níveis de satisfação com o trabalho, foi utilizado um questionário com 21 perguntas, englobando desde se o médico gosta das atividades que faz, até se está satisfeito com o ambiente de trabalho e com sua chefia, re-

sultando em uma nota entre um e cinco. A média obtida foi de 3,4, o que indica que os médicos de família encontram-se entre a indiferença e a satisfação parcial com o trabalho, pois estão um pouco insatisfeitos com a chefia, apesar de se sentirem realizados e gostarem bastante do que fazem.

**O nível de satisfação do médico de família com seu trabalho pode afetar a qualidade do seu atendimento no Posto de Saúde?** Uma das principais novidades que a pesquisa trouxe é o achado de que a satisfação do médico de família com seu trabalho pode afetar a qualidade do seu atendimento no posto de saúde: quanto maior a nota do médico no questionário de satisfação com o trabalho, maior foi a média na avaliação da qualidade do atendimento no posto de saúde onde trabalha. O contrário também ocorreu: médicos de família menos satisfeitos com seu trabalho tiveram notas piores no questionário sobre a qualidade do atendimento.

Assim, é importante que a especialização em Medicina de Família e Comunidade seja mais valorizada, pois os médicos de família são profissionais capacitados, estudiosos e dedicados, que gostam do que fazem e prestam atendimento em saúde de excelente qualidade. Além disso, é essencial que sejam melhoradas as condições de trabalho nos postos de saúde, já que médicos mais satisfeitos com seu trabalho tendem a atender com mais qualidade a população.

## **ANEXOS**

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO A</b>	Termo de aceite de parceria institucional com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.....	83
<b>ANEXO B</b>	Parecer Consubstanciado de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – UNISC.....	84
<b>ANEXO C</b>	Texto do e-mail de apresentação da pesquisa e convite para participação.....	87
<b>ANEXO D</b>	Instrumento de coleta de dados com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	88
<b>ANEXO E</b>	Normas e instruções para submissão de artigos da revista <i>Cadernos de Saúde Pública</i> .....	110
<b>ANEXO F</b>	Normas e instruções para submissão de artigos da revista <i>BMJ Open</i> .....	113
<b>ANEXO G</b>	Artigo submetido para publicação na revista <i>Revista Pan-Americana de Saúde Pública</i> .....	118

## ANEXO A – TERMO DE ACEITE DE PARCERIA INSTITUCIONAL COM A SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2016

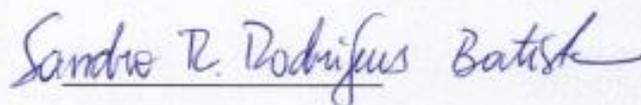
Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: **"MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO SUL DO BRASIL: qualidade da Atenção Primária à Saúde e satisfação com o trabalho"**, desenvolvido pela mestranda Juliana da Rosa Wendt do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação da professora Dra. Hildegard Hedwig Pohl, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,



**Sandro R. Rodrigues Batista** (CPF: 69951519172)

Departamento de Pesquisa

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UNISC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO SUL DO BRASIL: satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** JULIANA DA ROSA WENDT

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 62841316.2.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.876.538

#### **Apresentação do Projeto:**

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO SUL DO BRASIL: satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde

Projeto da aluna Juliana Da Rosa Wendt Orientado pela profª. Hildegard Hedwig Pohl Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado. No Brasil, há cerca de quatro mil médicos de família e comunidade, os quais estão concentrados demograficamente na região sul do país, correspondendo a 1,2% do total de médicos especialistas. Esta é uma população ainda pouco explorada, cujo foco de especialidade clínica é o trabalho na Atenção Primária em Saúde. Total de participantes 1.455

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo geral:** Traçar um perfil ocupacional dos médicos de família e comunidade do sul do Brasil, da qualidade da Atenção Primária em Saúde por eles prestada e a satisfação destes com o trabalho, associando estas variáveis.

**Objetivos específicos**

- Caracterizar a população objeto de estudo, de acordo com variáveis sociodemográficas e ocupacionais;
- Estimar a qualidade da Atenção Primária em Saúde prestada por essa população;

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 96.815-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL  
**Telefone:** (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.876.538

- c) Estimar os níveis de satisfação com o trabalho dessa população;  
 d) Associar o perfil ocupacional, qualidade do trabalho prestado e níveis de satisfação com o trabalho no contexto da Medicina de Família e Comunidade

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** O estudo refere-se à aplicação de um instrumento de pesquisa do tipo autoaplicável, já que há possibilidade da ocorrência de falhas no preenchimento, acarretando perda de dados.

**Benefícios:** O estudo pretende contribuir para conhecer o trabalho dos médicos de família e comunidade, e dessa forma, auxiliar no planejamento de ações e intervenções que se façam necessárias com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e estimular o crescimento da especialidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com bom embasamento teórico e todos os documentos de acordo.

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

Carta de aceite presente e assinada.

Cronograma presente e de acordo com as normas.

Folha de rosto presente e assinada pela prof<sup>a</sup>. Andreia Valim

Orçamento presente, valores de acordo e assinado pela pesquisadora

TCLE presente e nas normas do CEP

**Recomendações:**

Revisar todos os documentos e alterar a Resolução 196 para 466/2012, onde aparecer a menção à primeira.

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

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_828515.pdf	06/12/2016 15:27:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEcorrigido2.pdf	06/12/2016 15:28:19	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.876.538

Justificativa de Ausência	TCLCorrigido2.pdf	08/12/2016 15:26:19	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisaCorrigido2.pdf	08/12/2016 15:26:00	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito
Orçamento	OrcamentoAssinado.pdf	02/12/2016 20:26:08	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito
Outros	CartaDeAceiteSBMFC.pdf	21/11/2016 23:36:58	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/11/2016 23:33:25	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	21/11/2016 20:53:58	JULIANA DA ROSA WENDT	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 20 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

## ANEXO C – TEXTO DO E-MAIL DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO

### Prezado(a) Doutor(a):

**Apresentação:** Meu nome é Juliana da Rosa Wendt, sou médica de família e comunidade (com muito orgulho!) e estou fazendo Mestrado em Promoção da Saúde na Universidade de Santa Cruz do Sul. Minha pesquisa é intitulada "Medicina de Família e Comunidade no Brasil: satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde" e está sendo realizada em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

**Objetivos da pesquisa:** Traçar um perfil socioeconômico e ocupacional dos médicos de família e comunidade (MFC), seu grau de satisfação com o trabalho, e, para aqueles que estão na assistência à saúde, avaliar o impacto da MFC na qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) oferecida, de acordo com os atributos da APS de Starfield.

**Metodologia:** Estudo transversal que utiliza como instrumento de pesquisa o presente questionário online criado na plataforma *Google forms*. O tempo médio de resposta é de 40 minutos. Este questionário é composto por quatro partes:

**Parte 1:** Perfil socioeconômico - questionário socioeconômico baseado no Sistema de Indicadores de Percepção Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (16 questões).

**Parte 2:** Atividades remuneradas anteriores / prévias (5 questões). **Observação:** No caso de múltiplas atividades prévias, considere aquela de maior duração de tempo da atividade remunerada.

**Parte 3:** Atividades remuneradas atuais – necessário responder essa parte do questionário uma vez para cada atividade remunerada atual (26 questões para cada atividade). Composta por perfil ocupacional e Questionário de Satisfação no Trabalho S20/S23, que é um questionário estruturado, validado em português em 2008 (CARLOTTO; CAMARA, 2008), composto, no total, por 20 questões, por meio de escala Likert com sete níveis (totalmente insatisfeito, parcialmente insatisfeito, indiferente, parcialmente satisfeito, ou totalmente satisfeito) que abrangem a satisfação com o trabalho.

**Parte 4:** Qualidade da Atenção Primária em Saúde prestada (opcional) - existência e alcance dos atributos considerados essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde, medida através do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), em português, versão para profissionais de saúde, validado em 2010 (BRASIL, 2010). O PCATool é uma ferramenta de coleta de dados desenvolvida para avaliar os atributos da Atenção Primária em Saúde – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária - a partir de 77 questões por meio de escala Likert com cinco níveis ("com certeza sim", "provavelmente sim", "provavelmente não", "com certeza não" e "não sei/não lembro"). **Observação:** No caso de múltiplas atividades atuais em Assistência em APS, considere aquela de maior carga horária semanal.

**Resultados esperados:** Espera-se, com esse estudo, delinear um panorama da atuação da MFC, com informações importantes sobre seu processo de trabalho, de forma a trazer contribuições para promover sensibilização e reflexão sobre o trabalho desses profissionais médicos ainda tão subestimados. Dessa forma, poderão ser elaboradas estratégias de prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, objetivando melhorar as condições de trabalho, com reflexo nos aspectos de saúde como um todo desses trabalhadores, além de impactar nos níveis de satisfação com o trabalho e qualidade da assistência prestada, contribuindo para o fortalecimento dos serviços de Atenção Primária à Saúde brasileiros e alavancar a Medicina de Família e Comunidade no país.

**Convite:** Por ser médico de família ou residente em MFC, independentemente de onde você trabalha, você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária, até 05 de novembro. Desde já, agradeço imensamente a sua colaboração! Após a conclusão do questionário, você receberá uma cópia das suas respostas por email, junto com o link para editá-las posteriormente, caso deseje.

**ANEXO D -- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

# “MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: Qualidade da Atenção Primária à Saúde e Satisfação com o Trabalho”

\*Obrigatório

Endereço de e-mail \*

Seu e-mail

---



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para  
participação na pesquisa “MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE NO BRASIL: Qualidade da Atenção Primária à  
Saúde e Satisfação com o Trabalho”**

Prezado(a) Doutor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Objetivos do estudo: A presente pesquisa tem por objetivos traçar um perfil das condições de trabalho dos Médicos de Família e Comunidade do Brasil, da qualidade da Atenção Primária

**Objetivos do estudo:** A presente pesquisa tem por objetivos traçar um perfil das condições de trabalho dos Médicos de Família e Comunidade do Brasil, da qualidade da Atenção Primária em Saúde por eles prestada e sua satisfação com o trabalho, analisando a associação entre esses fatores.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no autopreenchimento voluntário deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

**Riscos:** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. Ressalta-se que caso você apresente qualquer desconforto ao refletir para responder às questões solicitadas, poderá interromper o preenchimento do questionário, optando por retomá-lo em outra ocasião ou desistir definitivamente de respondê-lo.

**Benefícios:** O estudo pretende contribuir para conhecer o trabalho dos Médicos de Família e Comunidade e, dessa forma, auxiliar no planejamento de ações e intervenções que se façam necessárias com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e estimular o crescimento da especialidade. Para participar desta pesquisa você não terá custos e nem receberá vantagens financeiras.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga nenhum tipo de prejuízo a mim;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são Profa. Dra. Hildegard Hedwig Pohl (telefone: 51 37112803) e mestranda Juliana da Rosa Wendt (telefone: 55 991310831). O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 51 3717 7680.

### Aceite do Termo de Consentimento: \*

- Confirmo que li e entendi o Termo de Consentimento acima e aceito livremente participar e cooperar nesta Pesquisa/Tese de Mestrado.
- Não concordo.

PRÓXIMA



Página 1 de 13

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

## Identificação e perfil sócio-econômico

### 1. Informe o número de seu CRM: \*

Sua resposta \_\_\_\_\_

### 2. Informe a UF de seu CRM: \*

Escolher ▼

### 3. Qual o município onde você reside?

Sua resposta \_\_\_\_\_

### 4. Como você se tornou médico de família? \*

- Ainda sou residente (Sou residente em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral Familiar e Comunitária).
- RMFC (Conclusão de Residência em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral Familiar e Comunitária, em Programa credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica).
- TEMFC (Aprovação na Prova de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC).
- RMFC + TEMFC
- Outro: \_\_\_\_\_

### 5. Informe sua data de nascimento. \*

Favor colocar a data no formato dd/mm/aaaa

Sua resposta \_\_\_\_\_

### 6. Sexo: \*

- Masculino.
- Feminino.
- Prefiro não informar.

### 7. Qual destas opções descreve seu maior grau de escolaridade? \*

- Ensino Superior Completo.
- Residência em andamento.
- Residência Completa.
- Especialização em nível de Pós-Graduação Completa.
- Mestrado em andamento.
- Mestrado Completo.
- Doutorado em andamento.
- Doutorado Completo.
- Pós-doutorado em andamento.
- Pós-doutorado Completo.

8. Há quanto tempo você concluiu sua graduação em Medicina? \*

- Há menos de 2 anos.
- Entre 2 e 5 anos.
- Entre 5 e 10 anos.
- Entre 10 e 15 anos.
- Há mais de 15 anos.

9. Qual seu estado civil? \*

- Solteiro(a).
- União estável / Casado (a);
- Separado(a) / Divorciado(a).
- Viúvo(a).

10. Qual a sua renda familiar mensal bruta (soma das rendas brutas de cada um dos integrantes da família) ? \*

R\$

Sua resposta

11. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? (Inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário.) \*

Dependentes.

Sua resposta

12. Quantos filhos(as) você tem? \*

Filhos.

Sua resposta

13. Você fuma (eventualmente ou frequentemente)? \*

- Não.
- Sim.
- Fumava, mas parei de fumar há mais de 6 meses.

14. Você consome bebidas alcoólicas? \*

- Sim, de uma a três doses de bebidas alcoólicas por semana.
- Sim, mais de três doses de bebidas alcoólicas por semana.
- Não.

15. Você pratica atividades físicas regularmente? \*

- Sim, entre 30 e 150 minutos de atividades físicas por semana.
- Sim, pelo menos 150 minutos de atividades físicas por semana.
- Não.

16. Você possui alguma atividade remunerada não relacionada à área da saúde / Medicina? \*

- Não.
- Sim.

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 2 de 13

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

### Trabalho anterior com Assistência em APS

Anteriormente às atividades remuneradas atuais, você já trabalhou com assistência médica em Atenção Primária à saúde? \*

- Sim.
- Não.

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 4 de 13

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Google Formulários

### Descrição do trabalho anterior com Assistência em APS

**ATENÇÃO:** No caso de múltiplas atividades remuneradas prévias em assistência à saúde em Atenção Primária, considere aquela de maior duração de tempo da atividade remunerada.

1. Qual era seu local de trabalho nessa atividade prévia? \*

- Unidade Básica de Saúde Pública sem Estratégia de Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde Pública com Estratégia de Saúde da Família
- Unidade Básica de Saúde Privada / Convênio
- Serviços de Urgência/Emergência (Pronto-Atendimento / Pronto-Socorro / Ambulância / SAMU / UPA)
- Unidade Básica Escola / Hospital-escola / Universidade
- Consultório particular
- Outro: \_\_\_\_\_

2. Por quanto tempo você trabalhou nesta atividade prévia (em meses completos)? \*

meses completos.

Sua resposta

3. Qual era a carga horária semanal desta atividade prévia? \*

Horas por semana.

Sua resposta

4. Por que você deixou de trabalhar nessa atividade / emprego / local? \*

Sua resposta

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 5 de 13

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Google Formulários

## Atividades remuneradas atuais

Quantas atividades remuneradas relacionadas à área da saúde você possui atualmente? \*

Atividades remuneradas

- 0 atividades remuneradas atualmente - Estou desempregado(a) no momento.
- 1 atividade remunerada atualmente.
- 2 atividades remuneradas atualmente.
- 3 atividades remuneradas atualmente.
- 4 atividades remuneradas atualmente.
- 5 atividades remuneradas atualmente.
- Mais do que 5 atividades remuneradas atualmente.

**ATENÇÃO:** Você irá responder, a partir de agora, a parte do questionário que trata das atividades remuneradas atuais. **É necessário responder essa parte do questionário uma vez para cada atividade remunerada atual.**

(Por exemplo: se você tem uma atividade remunerada atual, irá responder a próxima parte do questionário apenas uma vez; se você tem duas atividades remuneradas atuais, irá responder a próxima parte do questionário duas vezes: uma para cada uma das atividades; se você tem três atividades remuneradas atuais, irá responder a próxima parte do questionário três vezes: uma para cada uma das atividades; e assim por diante.)

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 6 de 13

### Trabalho e emprego (1) - Descrição e satisfação com o trabalho nas atividades remuneradas atuais

Responda, considerando sua PRIMEIRA atividade remunerada atual:

**ATENÇÃO:** Responda, considerando sua PRIMEIRA atividade remunerada atual.

**a) Há quanto tempo você trabalha nesta instituição (em meses completos)? \***

meses completos.

Sua resposta \_\_\_\_\_

**b) Que tipo de vínculo contratual você possui? \***

- CLT (Empregado da empresa onde presta o serviço)
- Estatutário (Regime Jurídico único dos servidores públicos)
- Médico cooperado / cooperativa de trabalho médico
- Terceirização com regime CLT (Empregado de uma empresa presta serviço para outra)
- Terceirização sem regime CLT
- Outro: \_\_\_\_\_

**c) Qual seu salário bruto atual nessa atividade?**

R\$

Sua resposta \_\_\_\_\_

**d) Qual é a carga horária semanal desta atividade? \***

Horas por semana.

Sua resposta \_\_\_\_\_

**e) Qual o tipo de trabalho realizado? \***

- Assistência em Atenção Primária em Saúde.
- Assistência Hospitalar.
- Assistência em Urgência e Emergência.
- Docência.
- Gestão.
- Outro: \_\_\_\_\_

**f) Qual seu local de trabalho? \***

- Unidade Básica de Saúde Pública sem Estratégia de Saúde da Família.
- Unidade Básica de Saúde Pública com Estratégia de Saúde da Família.
- Unidade Básica de Saúde Privada / Convênio.
- Serviços de Urgência/Emergência (Pronto-Atendimento / Pronto-Socorro / Ambulância / SAMU / UPA).
- Unidade Básica Escola / Hospital-escola / Universidade.
- Consultório particular.
- Órgãos gestores (Secretarias Municipais ou Estaduais, órgãos gestores relacionados ao governo, gestão de empresas ou cooperativas ou assemelhados).
- Outro: \_\_\_\_\_

**1. Com o trabalho enquanto fator de realização, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito.				

**2. Com as oportunidades que o trabalho lhe oferece para fazer coisas nas quais se destaca, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**3. Com as oportunidades que o trabalho lhe oferece de fazer coisas de que gosta, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**4. Com os objetivos e metas que deve alcançar, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**5. Com a higiene e a salubridade de seu local de trabalho, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**6. Com o ambiente e espaço físico de seu local de trabalho, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**7. Com a iluminação de seu local de trabalho, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**8. Com a ventilação de seu local de trabalho, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**9. Com a climatização de seu local de trabalho, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**10. Com as relações pessoais com as instâncias de poder, você está: \***

1 = Totalmente Insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente Insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**11. Com a supervisão sobre o trabalho que realiza, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**12. Com a periodicidade das inspeções realizadas, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**13. Com a forma como avaliam e julgam seu trabalho, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**14. Com a igualdade de tratamento e sentido de justiça, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**15. Com o apoio recebido das instâncias superiores, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**16. Com a possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**17. Com a sua participação nas decisões na organização ou na área de trabalho a que pertence, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**18. Com a possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho a que pertence sobre assuntos relacionados à organização, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**19. Com o modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos de trabalho, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

**20. Com a forma como se processam as negociações sobre a contratação de trabalho, você está:**

\*

1 = Totalmente insatisfeito, 2 = Parcialmente insatisfeito, 3 = Indiferente, 4 = Parcialmente satisfeito, ou 5 = Totalmente satisfeito.

	1	2	3	4	5	
Totalmente insatisfeito	<input type="radio"/>	Totalmente satisfeito				

VOLTAR

PRÓXIMA

Página 11 de 13

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

## Convite para PCATool

Se você trabalha atualmente com Assistência em Atenção Primária à Saúde, convidamos(o) para responder o PCATool sobre o serviço onde você trabalha. O objetivo do PCATool nesse projeto é avaliar o impacto da presença do Médico de Família na qualidade do trabalho em Atenção Primária em Saúde.

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) é um instrumento de avaliação da orientação de um Serviço de Saúde quanto os atributos da Atenção Primária em Saúde – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. O PCATool é composto por 77 questões objetivas por meio de escala Likert com cinco níveis (“com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”), e **pode levar cerca de 20 minutos para respondê-lo.**

Você gostaria de responder o PCATool? \*

- Sim, gostaria.
- Não, não gostaria.
- Não trabalho em Serviço de Assistência em Atenção Primária à Saúde.

VOLTAR

PRÓXIMA

 Página 12 de 13

## Atenção Primária em Saúde (PCATool)\*\*

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

**ATENÇÃO:** No caso de **mais de uma atividade remunerada atual em Assistência em Atenção Primária à Saúde**, considere a atividade de **maior carga horária semanal**.

### A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

### A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 horas?

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.

### A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

### A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.
- Não sei / não lembro.

**B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E1 - Se um paciente tem necessidade de aconselhamento nutricional, poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E2 - Se um paciente tem necessidade de imunizações, poderia obtê-las no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E3 - Se um paciente tem necessidade de verificar se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social, poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E4 - Se um paciente tem necessidade de avaliação da saúde bucal, poderia obtê-la no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E5 - Se um paciente tem necessidade de tratamento dentário, poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E6 - Se um paciente tem necessidade de planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E7 - Se um paciente tem necessidade de aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas), poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E8 - Se um paciente tem necessidade de aconselhamento para problemas de saúde mental, poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E9 - Se um paciente tem necessidade de sutura de um corte que necessite de pontos, poderia obtê-la no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E10 - Se um paciente tem necessidade de aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E11 - Se um paciente tem necessidade de identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar), poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E12 - Se um paciente tem necessidade de identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar), poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E13 - Se um paciente tem necessidade de colocação de tala (ex: para tornozelo torcido), poderia obtê-la no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E14 - Se um paciente tem necessidade de remoção de verrugas, poderia obtê-la no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E15 - Se um paciente tem necessidade de exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou), poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E16 - Se um paciente tem necessidade de aconselhamento sobre como parar de fumar, poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E17 - Se um paciente tem necessidade de cuidados pré-natais, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E18 - Se um paciente tem necessidade de remoção de unha encravada, poderia obtê-la no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E19 - Se um paciente tem necessidade de orientações sobre cuidados em saúde em caso de incapacidade que lhe impossibilite a tomada de decisões (ex.: coma), poderia obtê-las no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E20 - Se um paciente tem necessidade de aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair), poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E21 - Se um paciente tem necessidade de orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama; poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**E22 - Se um paciente tem necessidade de inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos), poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F1 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes ou seus responsáveis: conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F2 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes ou seus responsáveis: segurança no lar (ex: como guardar medicamentos em segurança)?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F3 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes ou seus responsáveis: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F4 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F5 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F6 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: testes de sangue para verificar os níveis de colesterol?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F7 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F8 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga / para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F9 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F10 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F11 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: como prevenir quedas?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F12 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: prevenção de osteoporose em mulheres?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F13 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes adultos: cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**F14 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes crianças e seus pais/responsáveis: maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.
- Não atendo crianças.

**F15 - Você discute o seguinte assunto com seus pacientes crianças e seus pais/responsáveis: mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**G3 – Você está disposto e é capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**H4 – Seu serviço de saúde faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**H5 – Seu serviço de saúde faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

**H6 – Seu serviço de saúde conta com a presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)?**

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei / não lembro.

## “MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: Qualidade da Atenção Primária à Saúde e Satisfação com o Trabalho”

Clique em "Enviar" para concluir.

Uma cópia das suas respostas será enviada para o endereço de e-mail fornecido

VOLTAR

ENVIAR

 Página 13 de 13

Google Formulários

## “MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: Qualidade da Atenção Primária à Saúde e Satisfação com o Trabalho”

Sua resposta foi registrada! Uma cópia das suas respostas será enviada para seu email, junto com o link para editá-las posteriormente, caso deseje. Muito obrigada pela colaboração!

[Enviar outra resposta](#)

Google Formulários

# ANEXO E -- NORMAS E INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS DA REVISTA *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*

The image is a screenshot of the website for 'CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA' (Reports in Public Health). At the top, there is a header with the Brazilian flag, 'BRASIL', 'Serviços Barra GovBr', and the logo of the 'Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca'. Below this is the CSP logo and the text 'CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA' and 'REPORTS IN PUBLIC HEALTH'. There are navigation links for 'Sobre o CSP', 'Submissão', and 'Acervo'. A search bar and social media icons are also present.

On the left side, there is a vertical menu for the 'Volume 33, 2017' issue, listing months from January to November, with 'Suplemento 1' through 'Suplemento 3' also listed.

The main content area is divided into two columns. The left column is titled 'Instrução para Autores' (Instructions for Authors) and contains detailed guidelines for submitting articles, including sections on accepted work, norms for sending articles, and clinical trials. The right column is titled 'Submissão' (Submission) and contains a 'Submeta seu texto' (Submit your text) form with fields for 'USUÁRIO' (User) and 'SENHA' (Password), and a 'Logar' (Login) button. Below the form are links for 'INSTRUÇÃO PARA AUTORES', 'PASSO-A-PASSO', 'ACESSO AO SAGAS', 'Índice', 'SAGAS', 'PORTAL DE PERIÓDICOS', 'SciELO Brasil', 'FASCÍCULOS ANTERIORES', 'SIGA-NOS NO FACEBOOK', 'SIGA-NOS Twitter', and another 'PORTAL DE PERIÓDICOS' link with a QR code.

**Instrução para Autores**

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuam com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das Instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

**1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESEÇÕES**

1.1 - Perspectivas: análise de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Carta: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

**2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

**3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**Submissão**

**INSTRUÇÃO PARA AUTORES**

**PASSO-A-PASSO**

**ACESSO AO SAGAS**

**Índice**

**SAGAS**  
Instruções para os autores

**PORTAL DE PERIÓDICOS**

**SciELO Brasil**  
Scientific Electronic Library Online

**FASCÍCULOS ANTERIORES**

**SIGA-NOS NO FACEBOOK**

**SIGA-NOS Twitter**

**PORTAL DE PERIÓDICOS**  
Integrados

**PORTAL DE PERIÓDICOS**  
RSS

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 - Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

#### 7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

#### 8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### 9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

#### PASSO A PASSO PARA SUBMISSÃO

##### 1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do site do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

1.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

1.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

##### 2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 - A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

- 2.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 2.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 2.4 - O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.
- 2.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 2.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.
- 2.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.
- 2.7.1 - Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. [\(leia mais\)](#)
- 2.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 2.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 2.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 2.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es); afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 2.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.
- 2.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 2.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 2.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows Metafile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 2.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows Metafile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.
- 2.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows Metafile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 2.24 - As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.
- 2.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
- 2.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- 2.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
- 2.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

- 3.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

- 4.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 5. PROVA DE PRELO

- 5.1 - A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.
- 5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

- 5.2.1 - Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);
- 5.2.2 - Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);
- 5.2.3 - Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);
- 5.2.4 - As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);
- 5.2.5 - Informações importantes para o envio de correções na prova:
- 5.2.5.1 - A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;
- 5.2.5.2 - Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;
- 5.2.5.3 - As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.
- 5.3 - As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.



# ANEXO F – NORMAS E INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS DA REVISTA *BMJ OPEN*

## Authors

Submit an article [here](#)

## Editorial policies

*BMJ Open* is an open access journal dedicated exclusively to publishing medical research. The journal aims to provide rapid publication of research across a range of medical disciplines and therapeutic areas, through a continuous publication model. As well as publishing definitive articles, including small and specialist studies, *BMJ Open* will consider protocols and pilot studies. See [here](#) for more information on what we publish.

Submissions should be made through our [online submission system](#). Submissions will only be published after peer review, and reviewers' comments will be published alongside accepted manuscripts.

Articles should not be under review, or submitted for review, with any other journal when submitted to *BMJ Open*. This includes other journals from BMJ.

Authors retain copyright; articles are published under a Creative Commons licence.

## Open access

Authors retain copyright of their work. Articles are published under Creative Commons licences, including licences that meet RCUK and Wellcome Trust requirements. Our full licence is [here](#).

Publishing in *BMJ Open* enables you to fulfil the open access requirements of the Wellcome Trust and Research Councils UK, including using their preferred CC BY licence.

## Article publishing charges

*BMJ Open* levies an article publishing charge that reflects the true cost of the services provided. The charge is UK £1,350 (+VAT where applicable). The charge for publishing a study protocol is £1,000 (+VAT where applicable). There are no submission or page charges, and no colour charges.

Your institution may already have arranged to cover your publishing costs or you may be eligible for a discount. Click [here](#) to find out.

In recognition of reviewers' support, any reviewer that returns a full review, on time, can receive a 25% discount on article publishing charges for a paper for which they are the corresponding author, if submitted within 12 months of completing the review.

We aim to publish articles in their final form within 3 weeks of acceptance (average currently less than 2 weeks); however, **articles will not be published until payment has been received**. We are unable to process cancellations, refunds or returns for article publication charges.

## Waivers and discounts

We appreciate that some authors do not have access to funds; the journal will accept part payment where only limited funds are available, and offers waivers in exceptional circumstances on request. No payment information is requested before an article is accepted, so the ability to pay cannot affect editorial decisions.

*BMJ Open's* operations are maintained almost entirely by article publishing charges. We expect authors to exhaust all funding sources, including personal funds, before applying for a waiver or discount.

Requests for waivers and discounts will be considered using the following criteria:

- Whether the research was conducted largely or entirely in a country that is in the [Hinari Core Offer](#)
- Whether there was external funding for the research for any of the authors
- Whether the authors could contribute from their personal accounts

---

## Studies that are wholly or part funded by the tobacco industry

*BMJ Open* will not consider for publication any study partly or wholly funded by the tobacco industry, as explained [here](#).

---

## Article types

### Research articles

Research submissions should have a clear, justified research question.

All articles should include the following:

- **The article title should include the research question and the study design.** Titles should not declare the results of the study.
- **A structured abstract** (max. 300 words) including all the following where appropriate (please note that for RCTs there is a specific [CONSORT extension for abstracts](#)):
  - **objectives:** clear statement of main study aim and major hypothesis/research question
  - **design:** e.g. prospective, randomised, blinded, case control
  - **setting:** level of care e.g. primary, secondary; number of participating centres. Generalise; don't use the name of a specific centre, but give geographical location if important
  - **participants:** numbers entering and completing the study; sex and ethnic group if appropriate. Clear definitions of selection, entry and exclusion criteria
  - **interventions:** what, how, when and how long (this can be deleted if there were no interventions)
  - **primary and secondary outcome measures:** planned (i.e. in the protocol) and those finally measured (if different, explain why) – for quantitative studies only
  - **results:** main results with (for quantitative studies) 95% confidence intervals and, where appropriate, the exact level of statistical significance and the number need to treat/harm. Whenever possible, state absolute rather than relative risks
  - **conclusions:** primary conclusions and their implications, suggest areas for further research if appropriate. Do not go beyond the data in the article
  - **where applicable, trial registration:** registry and number (for clinical trials and, if available, for observational studies and systematic reviews)
- **A section, placed after the abstract, consisting of the heading 'Strengths and limitations of this study',** and containing up to five short bullet points, no longer than one sentence each, that relate specifically to the methods. They should not include the results of the study.
- **The original protocol for the study,** where one exists, as a supplementary file.
- **A funding statement,** preferably worded as follows. Either: 'This work was supported by [name of funder] grant number [xxx]' or 'This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or not-for-profit sectors'. You must ensure that the full, correct details of your funder(s) and any relevant grant numbers are included.

- A **competing interests statement**. See the [BMJ Author Hub](#) for details on what to include as competing interests.
- **Articles should list each author's contribution individually at the end**; this section may also include contributors who do not qualify as authors. Please visit the [ICMJE](#) website for more information on authorship.
- **Any checklist and flow diagram for the appropriate reporting statement**, e.g. STROBE (see below).
- A **patient consent form**: any article that contains personal medical information about an identifiable living individual requires the patient's explicit consent before we can publish it. We will need the patient to sign our [consent form](#), which requires the patient to have read the article. This form is available in multiple languages.
- A **data sharing statement**, such as: "Technical appendix, statistical code, and dataset available from the Dryad repository, DOI: [include DOI for dataset here].  
We recommend your article does not exceed 4000 words, with up to five figures and tables. This is flexible, but exceeding this will impact upon the paper's 'readability'. Supplementary and raw data can be placed online alongside the article although we prefer raw data to be made publicly available and linked to in a suitable repository (e.g. Dryad, FigShare). We may request that you separate out some material into supplementary data files to make the main manuscript clearer for readers.

We also recommend, but do not insist, that the discussion section is no longer than five paragraphs and follows this overall structure (you do not need to use these as subheadings): a statement of the principal findings; strengths and weaknesses of the study; strengths and weaknesses in relation to other studies, discussing important differences in results; the meaning of the study; possible explanations and implications for clinicians and policymakers; and unanswered questions and future research.

Authors are encouraged to submit figures and images in colour – there are no colour charges.

At upload you will be asked to choose one general subject area that applies to your article – it will be published under this banner on the main table of contents. You will also be asked to select further subject headings to be used for the 'Browse by topic' section, and specific keywords for help with identifying reviewers.

## Reporting guidelines

The guidelines listed below should be followed where appropriate. Please use these guidelines to structure your article. Completed applicable checklists, structured abstracts and flow diagrams should be uploaded with your submission; these will be published alongside the final version of your paper.

<b>CONSORT Statement</b>	For reporting of randomised controlled trials; please use the appropriate extension to the CONSORT statement, including the extension for writing abstracts
<b>COREQ</b>	For reporting qualitative research
<b>STARD</b>	For reporting of diagnostic accuracy studies
<b>STROBE</b>	For reporting of observational studies in epidemiology <a href="#">Checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies (combined)</a> <a href="#">Checklist for cohort studies</a> <a href="#">Checklist for case-control studies</a> <a href="#">Checklist for cross-sectional studies</a>
<b>PRISMA</b>	For reporting of systematic reviews
<b>PRISMA-P</b>	For reporting of systematic review and meta-analysis protocols
<b>MOOSE</b>	For reporting of meta-analyses of observational studies
<b>SPIRIT</b>	For reporting protocols for RCTs
<b>STREGA</b>	For reporting of gene-disease association studies
<b>TRIPOD</b>	For reporting of studies developing, validating, or updating a prediction model, whether for diagnostic or prognostic purposes.
<b>CHEERS</b>	For reporting of health economic evaluations The <a href="#">Equator Network</a> (Enhancing the Quality and Transparency Of health Research) provides a comprehensive list of reporting guidelines.

---

## Peer review process

All articles published in *BMJ Open* will have been sent for external, open peer review. Reviewers will not be asked to judge importance or breadth of appeal. Readers will be able to make these judgements for themselves. We recommend you use our instructions for reviewers as a checklist to ensure that your article is complete. Upon publication, all previous versions of the manuscript will also be made available, as will the reviewers' comments and authors' replies to those comments.

Post-publication peer review will also be possible via the Disqus comments, rapid responses and article level metrics, including the option for readers to rate the article positively or negatively.

*BMJ Open* will consider appeals on rejected manuscripts provided the authors can demonstrate that the decision on their manuscript was flawed or not in line with the journal's policies. For an appeal to be considered, authors must provide a detailed point-by-point response to all the concerns raised by the reviewers or editors involved with the manuscript. We ask that authors do not provide a revised manuscript during the appeal. All decisions made on appeals are final, and the decision process could take longer than with original submissions. Appeals must be made within 30 days of the reject decision.

## Peer review of study protocols

*BMJ Open* will consider publishing without peer review protocols that have formal ethical approval and funding from a recognised, open access advocating research-funding body (such as those listed by the JULIET project). Please provide proof that these criteria are met when uploading your protocol. Any protocols that do not meet both these criteria will be sent for open external peer review, with reviewer comments published online upon acceptance, as with research articles. Reviewers will be instructed to review for clarity and sufficient detail. The intention of peer review is not to alter the study design. Reviewers will be instructed to check that the study is scientifically credible and ethically sound in its scope and methods, and that there is sufficient detail to instil confidence that the study will be conducted and analysed properly.

As with research articles, protocols will be published under a Creative Commons licence.

---

## Plagiarism detection

BMJ is a member of CrossCheck by CrossRef and iThenticate. iThenticate is a plagiarism screening service that verifies the originality of content submitted before publication. iThenticate checks submissions against millions of published research papers, and billions of web content. Authors, researchers and freelancers can also use iThenticate to screen their work before submission by visiting [www.ithenticate.com](http://www.ithenticate.com).




---

## Resources for authors

BMJ Open Aims to publish articles that: pose clear research questions; use appropriate designs to answer those questions; report fully the methods and results; and interpret the findings with appropriate caution and clarity.

In these pages we hope to provide authors with tools and advice to put together the best possible article. Some instructions are specific to BMJ Open, some advice is more general. For technical instructions on how to format and submit your article, see our [instructions for authors](#).

---

## How can I maximise my chances of being published?

BMJ Open will publish all submissions judged to be technically sound after peer review. Asking yourself these five questions will help maximise your chances of a successful submission.

1. [Does my research fall within BMJ Open's aims and scope?](#)
2. [Is the research question clear?](#)
3. [Is the study design appropriate?](#)
4. [Is the study valid?](#)
5. [Is the research presented correctly?](#)

These are intended to be aids to a successful submission and reflect the type of judgement we ask reviewers to make. See exactly what reviewers will be asked [here](#). If you have any questions please [contact the editorial office](#).

---

## Where can I find more general advice?

The pages above all contain useful information for anyone preparing a research article for BMJ Open. The following links provide more detailed information on how to perform and report research. The links are not exhaustive and if you know of any good resources we have not listed, please let us know. This advice is supplementary to our [instructions for authors](#).

[General advice on designing, carrying out and reporting research](#)

[Authors' Submission Toolkit: A practical guide to getting your research published](#)

## How can I pay the article-publishing charge?

BMJ Open, like many open access journals, works on the 'author pays' principle. If accepted for publication, authors will be asked to pay an article-publishing charge (APC) of UK £1,350 (+VAT where applicable) for research articles. The charge for publishing a study protocol is £1,000 (+VAT where applicable). This is to cover the costs of making everything we publish free from any form of subscription: costs include administering the peer review process, production (typesetting and proofreading), continuous hosting of the content online, and marketing the content to increase exposure for authors.

## How can I pay the article-publishing charge?

BMJ Open, like many open access journals, works on the 'author pays' principle. If accepted for publication, authors will be asked to pay an article-publishing charge (APC) of UK £1,350 (+VAT where applicable) for research articles. The charge for publishing a study protocol is £1,000 (+VAT where applicable). This is to cover the costs of making everything we publish free from any form of subscription: costs include administering the peer review process, production (typesetting and proofreading), continuous hosting of the content online, and marketing the content to increase exposure for authors.

[Who might pay the APC for me?](#)

## Resources for data management and sharing

BMJ Open supports the idea that all appropriate datasets should be placed in open repositories. To assist, we have assembled some useful links and resources that cover best practice for data management plans through to sharing and citing complete datasets.

[Resources for data management and sharing](#)

CONTENT	JOURNAL	AUTHORS	HELP
<a href="#">Latest content</a>	<a href="#">About</a>	<a href="#">Instructions for authors</a>	<a href="#">Contact us</a>
<a href="#">Archive</a>	<a href="#">Editorial board</a>	<a href="#">Submit an article</a>	<a href="#">Reprints</a>
<a href="#">Browse by topic</a>	<a href="#">Thank you to our reviewers</a>	<a href="#">Instructions for reviewers</a>	<a href="#">Permissions</a>
<a href="#">Most read articles</a>	<a href="#">Sign up for email alerts</a>	<a href="#">Open Access at BMJ</a>	<a href="#">Advertising</a>
<a href="#">Responses</a>			<a href="#">Feedback form</a>
			

**BMJ**

[Website Terms & Conditions](#)

[Privacy & Cookies](#)

[Contact BMJ](#)

Online ISSN: 2044-6055

Copyright © 2018 BMJ Publishing Group Ltd. All rights reserved.

京ICP备15042040号-3

**ANEXO G – ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA *REVISTA PAN-AMERICANA DE SAÚDE PÚBLICA***



**Potencialidades e fragilidades da Atenção Primária brasileira a partir do PCATool na visão dos médicos.**

Journal:	<i>Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Research
DeCS Keywords </b></b>At the bottom of this page, you will be required to confirm that the words you provide here conform to the DeCS standards outlined at DeCS ( <a href=http://decs.bvs.br target= new>http://decs.bvs.br</a> ) :	Atenção Primária em Saúde, Serviços Básicos de Saúde, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Médicos
Subject List:	Primary health care/Atención primaria de salud
Lanquaqe:	Portuguese

SCHOLARONE™  
Manuscripts

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, propôs que a Atenção Primária em Saúde (APS) se tornasse o preceito orientador de um Sistema de Saúde integral (1). Desde então, diversos estudos comprovaram que a APS é promotora de saúde, prevenindo doenças e mortes, e que um Sistema de Saúde por ela orientado é mais equânime e têm melhores desfechos de saúde (2, 3).

A APS é entendida, pela Organização Mundial da Saúde, como a oferta de cuidados essenciais em saúde, baseada em técnicas e práticas cientificamente abalizadas e socialmente aceitáveis, e como uma tecnologia integralmente acessível para pessoas e famílias em seus contextos comunitários (1). De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, a APS é uma forma de organização dos Sistemas de Saúde, de modo a possibilitar o acesso universal aos serviços, com atenção integral, integrada e longitudinal (4).

Para a Associação Americana de Médicos de Família, a APS inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a manutenção e proteção da saúde, o aconselhamento, a educação em saúde, o diagnóstico e o tratamento de doenças agudas e crônicas, em uma variedade de ambientes de cuidados de saúde (5). Segundo o *American Institute of Medicine*, cuidados primários são definidos como a prestação de serviços de saúde, integrados e acessíveis, por médicos capacitados para responder à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde pessoais, que desenvolvam uma parceria sustentada com seus pacientes e que pratiquem a medicina no contexto da família e da comunidade (6, 7).

1  
2  
3 Para avaliar a qualidade da APS, Starfield propôs quatro atributos  
4 essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e  
5 coordenação do cuidado) e três atributos derivados (orientação familiar,  
6 orientação comunitária e competência cultural) (8, 9). O acesso de primeiro  
7 contato é entendido como a facilidade de acesso ao serviço e seu uso a cada  
8 problema de saúde, enquanto a integralidade é acomodar a rede de serviços  
9 de maneira que o paciente possa usufruir de todos os tipos de atenção à saúde  
10 (8, 9). Já a longitudinalidade implica no uso do serviço ao longo do tempo e na  
11 existência de uma fonte de atenção em saúde contínua e regular, enquanto a  
12 coordenação do cuidado é definida como a disponibilidade de informações em  
13 saúde prévias para uso, conforme necessário, no atendimento presente (8, 9).  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26

27 Essas características podem ser julgadas individualmente, embora  
28 intimamente interligadas durante a prática da assistência em APS (8, 9). Pode-  
29 se considerar, a partir dos atributos propostos, que um serviço é provedor de  
30 APS quando proporciona os quatro atributos essenciais. Além disso, se o  
31 serviço apresentar também os três atributos derivados, estará otimizando o  
32 relacionamento com os sujeitos e com a comunidade por ele assistidos (8, 9).  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

40 Dessa maneira, a definição de Starfield pode nortear as estratégias de  
41 avaliação dos serviços e sistemas de saúde pautados na APS (10). Para  
42 atender esse objetivo, foi desenvolvido o Instrumento de Avaliação da Atenção  
43 Primária (*Primary Care Assessment Tool – PCATool*), já validado no Brasil (9,  
44 10). O PCATool destina-se a verificar a presença e extensão dos quatro  
45 atributos essenciais, bem como dos três atributos derivados da APS, já que a  
46 identificação desses atributos permite avaliar indiretamente a efetividade dos  
47 resultados da atenção sobre a saúde da população (9).  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar as potencialidades e fragilidades da APS brasileira, na visão dos médicos que nela atuam, a partir do instrumento PCATool.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Delineamento metodológico**

A presente pesquisa caracteriza-se por uma abordagem descritiva, com corte transversal (11), de caráter nacional exploratório.

### **Amostra e coleta de dados**

Este estudo é parte integrante da pesquisa de mestrado intitulada "Medicina de Família e Comunidade no Brasil: perfil, satisfação com o trabalho e qualidade da Atenção Primária à Saúde", cujo público-alvo foi composto por médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, independentemente do seu local de atuação profissional. Por se tratar de estudo exploratório, pioneiro nesse público-alvo, não foi possível calcular o tamanho da amostra, e a seleção dos participantes ocorreu por conveniência.

Foi realizada divulgação da pesquisa em mídias sociais e envio de convites para grupos de médicos, entre os meses de junho e agosto de 2017. Durante o 14º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, ocorrido entre 02 e 05 de novembro, em Curitiba, e junto à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, foram obtidos e-mails pessoais dos médicos. Foram, então, enviados 6 759 convites para participar dessa pesquisa, via e-mail individual, entre os meses de junho e novembro de 2017.

1  
2  
3 Para o presente estudo, foram selecionados, dentre os respondentes,  
4 médicos brasileiros que estavam trabalhando, durante o período de coleta de  
5 dados da pesquisa, em serviços de Atenção Primária em Saúde.  
6  
7

### 10 **Instrumento de pesquisa**

11  
12 O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário autoaplicável,  
13 composto por questões fechadas de múltipla escolha, construído digitalmente  
14 na plataforma *google forms*, testado através de projeto piloto.  
15  
16

17  
18 A variável principal do estudo foi a qualidade dos atributos da Atenção  
19 Primária em Saúde, medida através do *Primary Care Assessment Tool*  
20 (PCATool), na versão para profissionais da saúde (9).  
21  
22

23  
24 Foram coletados, como covariáveis, dados sociodemográficos e  
25 ocupacionais, tais como: idade, sexo, estado civil, renda familiar mensal bruta,  
26 número de dependentes, número de filhos, estado e cidade de residência,  
27 escolaridade, tempo decorrido desde a graduação, especialização em Medicina  
28 de Família e Comunidade, tempo no emprego, local de trabalho, vínculo  
29 contratual, salário e carga horária semanal de trabalho.  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37

### 38 **Qualidade da Atenção Primária em Saúde**

39  
40 O instrumento PCATool, em português, versão para profissionais de  
41 saúde, validado no Brasil em 2010 (9), é uma ferramenta de coleta de dados  
42 desenvolvida para avaliar os atributos da Atenção Primária em Saúde – acesso  
43 de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação  
44 familiar e orientação comunitária (8, 9).  
45  
46  
47  
48  
49

50  
51 O questionário do PCATool é dividido em oito componentes,  
52 relacionados aos atributos da Atenção Primária em Saúde, da seguinte forma:  
53  
54 a) acesso de primeiro contato, constituído por nove itens; b) longitudinalidade,  
55  
56  
57  
58  
59

1  
2  
3 constituído por treze itens; c) coordenação / integração de cuidados,  
4 constituído por seis itens; d) coordenação / sistema de informações, constituído  
5 por três itens; e) integralidade / serviços disponíveis, constituído por vinte e  
6 dois itens; f) integralidade / serviços prestados, constituído por quinze itens; g)  
7 orientação familiar, constituído por três itens; e h) orientação comunitária,  
8 constituído por seis itens (9).

9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16 A cada uma das 77 questões do PCATool foi atribuído um valor  
17 conforme a resposta assinalada, correspondendo à seguinte pontuação: "com  
18 certeza sim" = 4 pontos, "provavelmente sim" = 3 pontos, "provavelmente não"  
19 = 2 pontos, "com certeza não" = 1 ponto (9). As questões assinaladas com a  
20 alternativa "não sei/não lembro" foram consideradas, para fins de análise, com  
21 a pontuação da opção "provavelmente não" = 2 pontos (9).

22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29 O escore de cada atributo do questionário foi calculado a partir da  
30 média aritmética da pontuação obtida nas questões de cada componente. O  
31 escore dos atributos essenciais da APS foi calculado através da média das  
32 pontuações da cada componente essencial (partes A, B, C, D, E e F). Já o  
33 escore geral dos atributos da APS foi calculado através da média das  
34 pontuações de todos os componentes do questionário (partes A, B, C, D, E, F,  
35 G e H) (9). Os escores foram então transformados em valores em escala de 0 a  
36 10, utilizando a seguinte fórmula:  $(\text{escore obtido} - 1) \times 10 / 3$  (9). Resultados de  
37 escores maiores ou iguais a 6,6 indicam adequada extensão de cada atributo  
38 no serviço avaliado (12).

### 51 **Análise dos dados**

52  
53 A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva,  
54 utilizando o programa estatístico SPSS (versão 23.0). A normalidade foi testada  
55

1  
2  
3 através de Shapiro-Wilk. Para análise de comparação entre os grupos, foi  
4 utilizado Mann Whitney, como teste não paramétrico, e teste t de Student  
5 quando havia distribuição normal. Significância estatística foi considerada como  
6  $p < 0,05$ .  
7  
8  
9  
10

### 11 **Considerações éticas**

12  
13 O presente estudo obedeceu a todos os preceitos éticos nacionais e  
14 internacionais que regem a pesquisa, resguardando o sigilo sobre a identidade  
15 dos sujeitos de pesquisa, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
16 da Universidade de Santa Cruz do Sul (parecer número 1.876.538 e CAAE  
17 62841316.2.0000.5343). Todos os participantes aceitaram participar  
18 voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura de Termo de Consentimento  
19 Livre e Esclarecido.  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29

### 30 **RESULTADOS**

31  
32 Foram obtidas 150 respostas, das quais 93 (62%) correspondiam a  
33 médicos atuantes em serviços de APS. O perfil socioeconômico e ocupacional  
34 dos respondentes está descrito na tabela 1. Houve predomínio de mulheres  
35 (55,9%) e de jovens – a idade dos participantes variou entre 25 e 64 anos, com  
36 média de 37,9 (DP = 7,98). A maioria trabalhava no Sistema Único de Saúde  
37 (83,9%), em Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (79,6%),  
38 com longo tempo de atuação no emprego (média = 59,2 meses; DP = 57,7) e  
39 carga semanal de 40 horas (59,1%), sendo rara a precarização contratual  
40 (5,4% terceirizados). A maior parte dos respondentes residia e trabalhava na  
41 região Sudeste (56,9%) e Sul (24,7%) conforme ilustrado pelo mapa (figura 1),  
42 construído através do aplicativo TabWin32 (13).  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Os resultados referentes a cada componente do questionário PCATool estão detalhados na tabela 2 e ilustrados na figura 2. O escore geral dos atributos da APS foi 7,07 (DP = 0,93), enquanto o escore dos atributos essenciais foi de 6,9 (DP = 0,91), ambos considerados como adequados ( $\geq 6,6$ ).

O componente do PCATool que obteve a melhor pontuação foi coordenação / sistema de informações (média 8,86; DP = 1,19), o qual se refere à disponibilidade de prontuários e relatórios médicos durante as consultas e ao acesso dos pacientes aos seus prontuários (9). Foi seguido pelo atributo derivado da orientação familiar (média 8,72; DP = 1,36), o qual diz respeito à obtenção do histórico familiar da pessoa em atendimento e ao planejamento e às abordagens familiares (9).

Na sequencia, encontraram-se os atributos essenciais da integralidade / serviços prestados (média 7,46; DP = 1,43) e integralidade / serviços disponíveis (média 7,03; DP = 1,51), os quais se referem, respectivamente, à disponibilidade, no serviço de APS, de exames, imunizações, procedimentos, aconselhamentos, cuidados, programas e avaliações, e à realização, por parte do médico, de orientações, cuidados e solicitações de exames para adultos e crianças (9).

Os atributos que não obtiveram pontuação suficiente para serem considerados como adequados foram o acesso de primeiro contato (média 3,84; DP = 1,77) e orientação comunitária (média 6,41; DP = 2,04). A orientação comunitária é um atributo derivado, relacionado ao reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade atendida através de dados epidemiológicos, e ao planejamento e à avaliação conjunta dos serviços de

1  
2  
3 saúde. Já o acesso de primeiro contato é um atributo essencial, que se refere à  
4 facilidade de acesso e à utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado  
5 a cada novo episódio / problema de saúde (9).  
6  
7

8  
9 Não houve diferenças estatisticamente significativas nos escores total e  
10 essencial do PCATool quando comparados os resultados entre as regiões do  
11 país, capitais estaduais e interior, faixas etárias (menores e maiores de 35  
12 anos) e sexos, nem segundo a escolaridade, especialização em Medicina de  
13 Família e Comunidade, salário recebido, tempo e local de trabalho.  
14  
15  
16  
17  
18

## 19 20 21 **DISCUSSÃO**

22  
23 A qualidade da APS encontrada foi adequada, tanto na avaliação  
24 global, quanto na análise dos atributos essenciais da APS, o que é corroborado  
25 por outros estudos recentes sobre a qualidade da APS brasileira (14-18),  
26 indicando que os serviços avaliados, especialmente os públicos, são de fato,  
27 orientados para APS. Isso sugere que Brasil e seu Sistema Único de Saúde  
28 estejam seguindo os preceitos da Conferência de Alma-Ata e as resoluções  
29 posteriores da OPAS, que recomendam a APS como norteadora dos Sistemas  
30 de Saúde (1, 4).  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39

40  
41 Entre os componentes do PCATool, destacaram-se coordenação,  
42 integralidade e orientação familiar com os maiores escores, o que os sugere  
43 como potencialidades nos serviços de APS brasileiros, especialmente naqueles  
44 onde atuam médicos de família especializados. Esses achados contrastam  
45 com outras pesquisas no país que encontram baixos índices nesses  
46 componentes (12, 14, 17-19), inclusive uma revisão sistemática sobre o tema  
47 (20). Há duas hipóteses para justificar essas discrepâncias: a primeira é que,  
48 como a amostra foi composta em sua maioria por médicos de família, a  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

especialização em Medicina de Família e Comunidade contribua para a melhoria desses atributos, o que foi demonstrado em um estudo comparativo da qualidade da APS de acordo com a qualificação profissional (17). A segunda, que as características de um serviço de APS e o atendimento que este presta são percebidos de maneira significativamente diferente pelo profissional de saúde prestador do cuidado e pelo usuário atendido, já que o ponto de vista do profissional tende a focar nos pontos positivos (21, 22).

Na presente pesquisa, não atingiram níveis de adequabilidade os atributos de orientação comunitária e acesso de primeiro contato, indicando-os como fragilidades importantes, destacando-se a média baixa deste último. As dificuldades de acesso aos serviços de APS são amplamente evidenciadas por outros estudos no país (12-20), apontando para obstáculos estruturais e geográficos dos serviços em APS, tais como horário de funcionamento reduzido, dificuldades no agendamento de consultas e longo tempo de espera para atendimento (20). Essas limitações não apresentam alterações em relação às características dos profissionais atuantes (17) nem às particularidades dos próprios serviços de APS (12-16, 18-20), sugerindo a necessidade de uma reformulação estrutural na política nacional de APS, especialmente em relação à proporção de equipes de saúde para o número de pessoas atendidas e à estrutura física, à localização geográfica e ao horário de funcionamento dos serviços de APS no país (20), visando à ampliação do acesso.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas nos escores do PCATool quanto comparados os médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade e seu local de trabalho provavelmente se

1  
2  
3 devem ao tamanho reduzido da amostra, já que vão de encontro a diversos  
4 estudos que evidenciam as contribuições da especialização médica (16, 17,  
5 23, 24) e da presença da Estratégia de Saúde da Família (12, 14) para a  
6 melhoria dos indicadores de qualidade da APS.  
7  
8  
9

### 10 11 **Limitações do estudo**

12  
13 O estudo apresenta limitações inerentes ao corte transversal e a coleta  
14 de dados autoaplicada está sujeita a dificuldades na interpretação e ao viés de  
15 memória (11). O questionário em formato digital necessitava de conexão com  
16 a internet em velocidade suficiente por pelo menos 20 minutos, fato que, em  
17 conjunto com a abordagem de envio por e-mail, pode ter contribuído para a  
18 baixa taxa de resposta dos sujeitos de pesquisa, característica frequente em  
19 estudos online (25).  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

28 O instrumento utilizado também apresenta fragilidades: o PCATool  
29 pondera todos os atributos com a mesma importância para o cálculo da  
30 qualidade da APS (8, 9, 14, 21). A versão do PCATool utilizada somente  
31 considera a visão dos profissionais da saúde (no caso do presente estudo, dos  
32 médicos), como critério avaliador, não incorporando outros indicadores  
33 importantes de qualidade, como avaliação técnica do serviço prestado e a  
34 opinião da população atendida (14, 15, 17, 19-22).  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43

44 Cabe salientar que, embora a Medicina de Família e Comunidade seja  
45 a especialidade orientada para o trabalho em APS (6, 26), não é obrigatória  
46 para a atuação médica em APS no Brasil (27). Assim, como o critério original  
47 para a participação no estudo referente à pesquisa de mestrado era possuir  
48 especialização em Medicina de Família e Comunidade, foi baixa a participação  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

de médicos não especialistas atuantes na APS, o que pode ter limitado o poder de generalização das conclusões do estudo.

Além disso, a seleção por conveniência e o pequeno número de participantes podem diminuir a representatividade da amostra diante da população de médicos brasileiros atuantes na APS. Entretanto, cabe ressaltar que a distribuição geográfica dos participantes (figura 1) é semelhante à distribuição regional de médicos de família e comunidade brasileiros (28). Conforme a demografia médica brasileira (28), as regiões pouco contempladas pela amostra da pesquisa coincidem com as menores populações de médicos de família (28) no país (Norte, n = 141; Centro Oeste, n = 218; Nordeste, n = 599), enquanto as regiões com maiores concentrações (28) desses especialistas (Sudeste, n = 1 609; Sul, n = 1 455) foram a procedência da maioria dos participantes, o que sugere representatividade nacional da amostra.

### **Conclusões**

Em conclusão, os serviços de APS brasileiros apresentam escores adequados pelo PCATool, a partir da visão dos médicos, indicando que o Sistema de Saúde brasileiro é orientado para a APS. Destacam-se como potencialidades os bons índices obtidos nos atributos de coordenação, integralidade e orientação familiar. Já o atributo de acesso de primeiro contato não atingiu níveis de adequabilidade, obtendo médias baixas, provavelmente devido a limitações estruturais dos serviços de saúde. Embora sejam indispensáveis mais pesquisas sobre o tema, o presente estudo trouxe evidências de que há diversas potencialidades na APS brasileira, sendo a

1  
2  
3 principal fragilidade encontrada a dificuldade no acesso de primeiro contato aos  
4  
5 serviços de APS.  
6

#### 7 8 **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 9

- 10  
11 1. WHO - World Health Organization. Primary health care: International  
12 Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Nurs J India.1978;  
13 70:285-95.  
14
- 15  
16 2. Starfield B. Is primary care essencial? Lancet. 1994; 344: 1129-33.  
17
- 18  
19 3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health  
20 Systems and Health. Milbank Q. 2005; 83:457–502.  
21
- 22  
23 4. OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. OMS - Organização  
24 Mundial de saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.  
25 Washington: OPAS/OMS; 2007. 44 p.  
26
- 27  
28 5. Rodríguez C, Pawlikowska T, Schweyer FX, López-Roig S, Bélanger E,  
29 Burns J, et al. Family physicians' professional identity formation: a study  
30 protocol to explore impression management processes in institutional academic  
31 contexts. BMC Med Educ. 2014 Sep 06; 14:184-95.  
32
- 33  
34 6. Gay B. What's New in the Updated European Definition of General  
35 Practice/Family Medicine? J Gen Pract. 2013 Jan; 1(2):111.  
36
- 37  
38 7. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL,  
39 et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family  
40 medicine community. Ann Fam Med. 2004 Mar-apr; 2 Suppl 1:S3-32.  
41
- 42  
43 8. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde,  
44 serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 725 p.  
45
- 46  
47 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde.  
48 Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 82 p.

10. Rawaf S, Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*. 2008 Oct 18; 372 (9647):1365-7.

11. Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 296 p.

12. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação de mestrado]*. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. 118 p.

13. Brasil, Ministério da Saúde. *TabWin32. Versão 3.6b [software]*. 2010 Jul 02 [updated 2010 Jul 02; cited 2018 Jan 13]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=1>.

14. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2012 Sep; 28(9):1772-84.

15. Mazutti-Penso J, Périco E, Oliveira M, Guimarães-Strohschoen A, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2017 Jun 22; 12(39):1-9.

16. Martins J, Abreu S, Quevedo M, Bourget M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2017 Jan 11; 11(38):1-13.

17. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 Nov; 16(11): 4415-23.

- 1  
2  
3 18. Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC.  
4  
5 Assessment of primary health care received by the elderly and health related  
6  
7 quality of life: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2013 Jun 24;13:605.  
8  
9 19. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes  
10  
11 MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São  
12  
13 Paulo. Ciênc. saúde coletiva. 2006 Sep; 11(3):683-703.  
14  
15 20. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et  
16  
17 al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento  
18  
19 PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. 2017 June;  
20  
21 22(6):1881-93.  
22  
23 21. Macinko J, Harzheim E. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária -  
24  
25 sua utilização no Brasil - Entrevista. Rev Bras Saúde Fam. 2007; 14:4-7.  
26  
27 22. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et  
28  
29 al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia de Saúde da Família na  
30  
31 perspectiva dos gestores profissionais e usuários. Ciênc. saúde coletiva. 2013  
32  
33 Nov; 18(11):3221-31.  
34  
35 23. Afonso MPD, Shimizu HE, Merchan-Hamann E, Ramalho WM, Afonso T.  
36  
37 Association between hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions  
38  
39 and primary health care physician specialization: a cross-sectional ecological  
40  
41 study in Curitiba (Brazil). BMJ Open. 2017 Dec 4; 7(12):e015322.  
42  
43 24. Lermen Junior N. Análise comparativa da avaliação da Atenção Primária à  
44  
45 Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina  
46  
47 de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do  
48  
49 município de Florianópolis, Brasil [dissertação de mestrado]. [Bolonha]:  
50  
51 Università di Bologna, 2011. 49 p.  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

25. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, Hjollund NH. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *J Med Internet Res*. 2007 Jul-Sep; 9(3):e25.
26. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P. The European Definition of General Practice / Family Medicine. *WONCA Europe*, 2011. 11 p.
27. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, Fontanella, BJB, Demarzo, MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev. bras. educ. med*. 2009; 33(3), 464-71.
28. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015. 284 p.

Tabela 1: Características socioeconômicas e ocupacionais dos médicos participantes.

Variáveis	Total = 82 n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	52 (55,9)
Masculino	41 (44,1)
<b>Idade<sup>a</sup></b>	37,9 (7,98)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	21 (22,6)
Casado / União estável	65 (69,9)
Divorciado / Separado	07 (7,5)
<b>Renda familiar<sup>a</sup></b>	21 779,57 (11 893,65)
<b>Número de dependentes<sup>a</sup></b>	3,01 (1,59)
<b>Número de filhos</b>	
Nenhum	46 (49,5)
Um	19 (20,4)
Dois	21 (22,6)
Três ou mais	07 (7,5)
<b>Local de Residência e Trabalho<sup>b</sup></b>	
Capital estadual	45 (51,7)
Interior	42 (48,3)
<b>Tempo desde a Graduação<sup>c</sup></b>	
Menos de cinco anos	22 (24,7)
Entre cinco e dez anos	19 (21,3)
Mais de dez anos	48 (53,9)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Superior completo	03 (3,2)
Residência Médica em andamento ou completa	32 (34,4)
Pós-Graduação completa	23 (24,7)
Mestrado em andamento ou completo	24 (25,8)
Doutorado em andamento ou completo	11 (11,8)
<b>Especialização em Medicina de Família e Comunidade</b>	
Sim	69 (74,2)
Residência Médica em andamento	13 (14,0)
Não	11 (11,8)
<b>Número de atividades remuneradas atuais</b>	
Uma	37 (39,8)
Duas	32 (34,4)
Três ou mais	24 (25,8)
<b>Salário bruto (em reais)<sup>a, d</sup></b>	13 712,30 (10 049,38)
<b>Tempo de trabalho por atividade (em meses)<sup>a</sup></b>	59,22 (57,72)
<b>Local de trabalho</b>	
Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde	74 (79,8)
Unidade Básica de Saúde no Sistema Único de Saúde	04 (4,3)
Universidade / Unidade-escola	05 (5,4)
Empresa privada / Convênio	07 (7,5)
Home Care / Outros	03 (3,2)
<b>Carga horária semanal de trabalho</b>	
Menos que 40 horas	22 (23,7)
40 horas	55 (59,1)
Mais que 41 horas	16 (17,2)

<sup>a</sup> = média (Desvio Padrão)

<sup>b</sup> = 6 sujeitos não responderam sobre local de residência e trabalho.

<sup>c</sup> = 4 sujeitos não responderam sobre o tempo desde a graduação.

<sup>d</sup> = dois sujeitos não responderam sobre o salário bruto.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

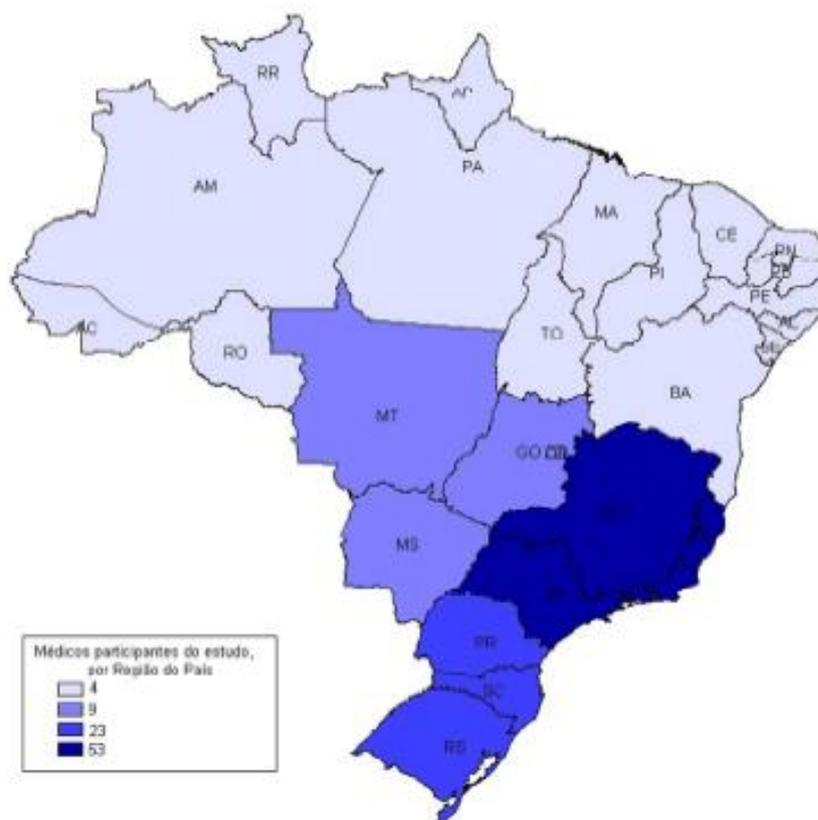


Figura 1: Mapa da distribuição geográfica dos médicos participantes do estudo, por Região do país.

159x154mm (120 x 120 DPI)

Tabela 2: Média, desvio padrão, mínimo e máximo obtidos nos componentes do instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*.

Componentes	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	N
Escore A – Acesso de primeiro contato	3.847	1.7728	1.11	8.88	93
Escore B – Longitudinalidade	7.1153	1.2261	4.81	10	93
Escore C – Coordenação / Integração de cuidados	6.8458	1.1295	4.44	10	93
Escore D – Coordenação / Sistema de informações	8.865	1.1924	5.55	10	93
Escore E – Integralidade / Serviços disponíveis	7.3032	1.511	3.03	10	93
Escore F – Integralidade / Serviços prestados	7.4654	1.4358	4.88	10	93
Escore G – Orientação Familiar	8.7216	1.3602	5.55	10	93
Escore H – Orientação Comunitária	6.4157	2.0437	1.66	10	93
<b>Escore Total dos Atributos Essenciais</b>	<b>6.9089</b>	<b>0.915</b>	<b>4.84</b>	<b>9.81</b>	<b>93</b>
<b>Escore Geral dos Atributos da APS</b>	<b>7.0724</b>	<b>0.9346</b>	<b>4.88</b>	<b>9.86</b>	<b>93</b>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Figura 2: Média e desvio padrão obtidos nos componentes do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool).

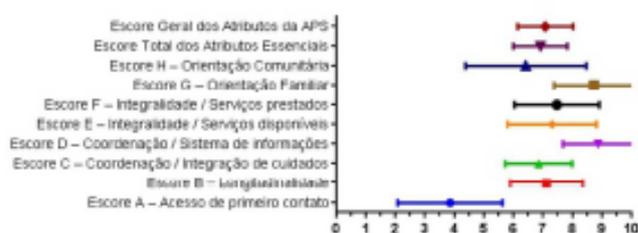


Figura 2: Média e desvio padrão obtidos nos componentes do instrumento PCATool.

184x78mm (120 x 120 DPI)