

# O TRABALHO MÉDICO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CASCABEL, PARANÁ: A ATUAÇÃO MÉDICA E AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

WELZ, Bruno<sup>1</sup>  
GRIEP, Rubens<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde, se apresenta como importante ferramenta de ampliação do acesso ao sistema de saúde e melhoria dos indicadores de morbimortalidade, garantido a vinculação do usuário a uma equipe multiprofissional com atuação na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças. **Objetivos:** Caracterizar os profissionais médicos que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) e identificar a correspondência do seu trabalho com a Política Nacional de Atenção Básica estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº. 2.488/2011. **Metodologia:** Pesquisa de campo realizada no período de setembro a novembro de 2013 com 14 médicos vinculados a 12 USF por meio de entrevista semiestruturada contendo variáveis de caracterização, aspectos relacionados ao processo de trabalho e atividades desenvolvidas. **Resultados:** Dentre os profissionais entrevistados, 64% escolheram trabalhar na atenção primária em saúde; 100% realizam consultas para todos os ciclos de vida; 93% realizam pequenos procedimentos; 100% realizam atividades de educação em saúde para usuários com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial e 93% para grupos de gestantes. Todos os entrevistados realizam visitas domiciliares; 86% permanecem acompanhando o plano terapêutico dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção; 86% dos médicos afirmaram que participam das atividades de educação permanente da equipe; 50% participam do gerenciamento dos insumos e medicamentos; 93% desenvolvem o trabalho de maneira conjunta com os demais membros da ESF e 79% participam do processo de territorialização. **Conclusão:** As Equipes de Saúde da Família do Município de Cascavel-PR mostram amadurecimento dentro da Política Nacional de Atenção Básica, sendo de conhecimento dos profissionais médicos o trabalho a ser desenvolvidos dentro das diretrizes do SUS e no processo de consolidação da atenção primária em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária em saúde; estratégia saúde da família; trabalho médico.

## MEDICAL WORK IN THE HEALTH FAMILY TEAMS OF CASCABEL, PARANÁ: THE MEDICAL PRACTICE GUIDELINES OF THE HEALTH MINISTRY

## ABSTRACT

**Introduction:** The Family Health Strategy, proposed by the Ministry of Health, appears as an important tool to increase access to the health system and improvement of indicators morbimortality, guaranteed linking the user to a multidisciplinary team with activities in the perspective of promoting health and disease prevention. **Objectives:** To characterize the doctors professionals working in the Family Health Units (USF) and identify the connection of his work with the National Policy Basic Attention established by the Ministry of Health through Ordinance No. MS. 2488/2011. **Methodology:** Field research realized from September to November 2013 with 14 doctors involved to 12 USF by semi structured interviews containing descriptive variables, aspects related to the work process and activities. **Results:** Among the interviewed professionals, 64% chose to work in the primary health care; 100% hold consultations for all life cycles; 93% perform minor procedures; 100% carry out health education activities for patients with diabetes mellitus and / or hypertension and 93% for groups of pregnant women. All respondents make home visits; 86% remain following the treatment plan of the users referred to other points of attention; 86% of doctors said they participate in continuing education activities of the team; 50% participate in the management of inputs and medications; 93% develop the work jointly with other members of the ESF and 79% participated in the process of territorialization. **Conclusion:** The Family Health Teams of Cascavel-PR show maturation within the National Basic Attention Policy being knowledge of the doctors work to be developed within the guidelines of the SUS and the consolidation of primary attention health.

**KEYWORDS:** Attention to Primary Health; health family strategy; medical work.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro está legitimada na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº. 2.488/2011, tendo como objetivos atender aos cidadãos no âmbito individual e coletivo, abrangendo “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, p. 19, 2012; CAMPOS, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que assume a responsabilidade sanitária por um território contíguo em que vivem aproximadamente 4.000 pessoas, devendo, a partir do processo de territorialização, mapear os riscos existentes bem como implantar medidas que oportunizem o acesso de primeiro contato destes com o Sistema Único de Saúde (SUS), a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, bem como ter uma atuação centrada na família, com orientação comunitária, considerando os aspectos culturais (BRASIL, 2012, 2013; OPAS, 2011).

Apesar dos avanços observados na APS, ela ainda tem se mostrado insuficiente para atender toda a demanda de serviços e necessidades da população (PAIM, 2009). A ESF propõem uma nova forma de organização do trabalho em saúde e demanda a incorporação de diferentes saberes e a apropriação de distintas complexidades tecnológicas, ampliando o fazer individual para o trabalho em equipe, a partir do reconhecimento do território e no estabelecimento de vínculos com a comunidade. Esta perspectiva aponta para a necessidade de incorporação de novos saberes à prática

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Medicina da FAG, Cascavel-PR. E-mail [bwelz\\_91@hotmail.com](mailto:bwelz_91@hotmail.com).

<sup>2</sup> Orientador. Docente do Curso de Medicina da FAG, Cascavel-PR. E-mail [rgriep@gmail.com](mailto:rgriep@gmail.com).

clínica, muitas vezes não oferecidos durante o processo de formação dos profissionais de saúde e especificamente dos médicos (MENDES, 2011, 2012; CAMPOS 2006).

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo realizar o mapeamento das Equipes de Saúde da Família do município de Cascavel-PR, caracterizando os profissionais médicos que atuam nas Unidades de Saúde da Família e identificando a correspondência do seu trabalho com a Política Nacional de Atenção Básica estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011, 2013).

## 2. MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo, de natureza exploratória, tendo a dialética como método de abordagem do problema. A pesquisa de campo foi desenvolvida entre os meses de setembro e novembro de 2013 por meio de entrevista semiestruturada composta por questões abertas e fechadas (múltipla escolha) contendo variáveis de caracterização dos profissionais participantes (sexo, idade, tempo de formação, residência em medicina de família) bem como aspectos relacionados ao processo de trabalho e atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF), tendo como referência as atribuições específicas do médico preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica, definida pela Portaria MS nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011 (ANEXO A) (GIL, 2013).

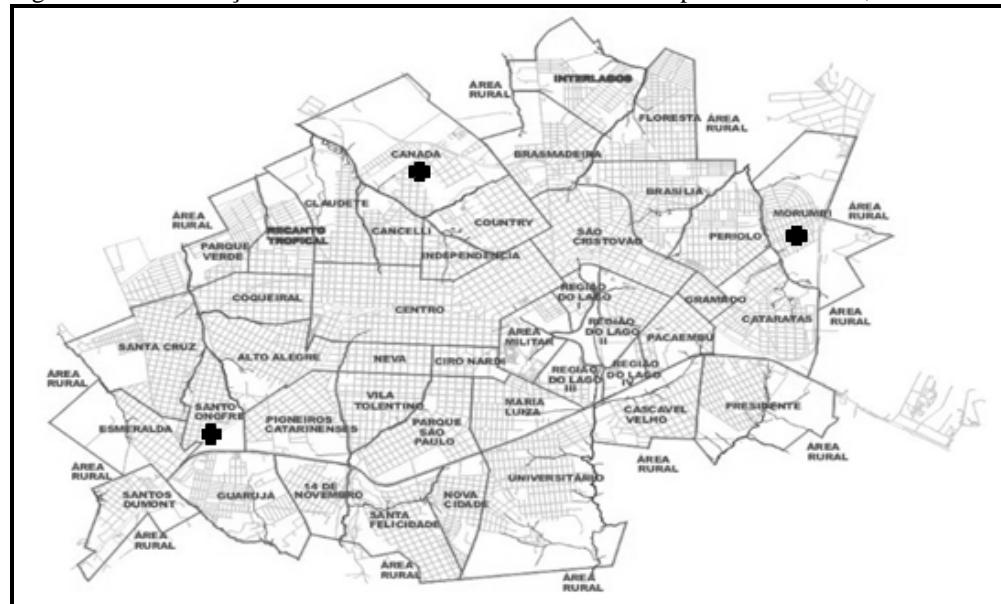
Fizeram parte da pesquisa, 14 médicos vinculados a 12 USF do município de Cascavel, qualificadas pelo Ministério da Saúde até agosto de 2013: USF Canadá, USF Morumbi, USF Santo Onofre, USF Espigão Azul, USF Juvinópolis, USF Navegantes, USF Rio do Salto, USF Santa Bárbara, USF São Francisco, USF São João, USF São Salvador e USF Sede Alvorada.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz, Protocolo nº 206/2013, em 06 de Junho de 2013 sendo que todos os sujeitos envolvidos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização da coleta de dados, de acordo com os preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## 3. RESULTADOS

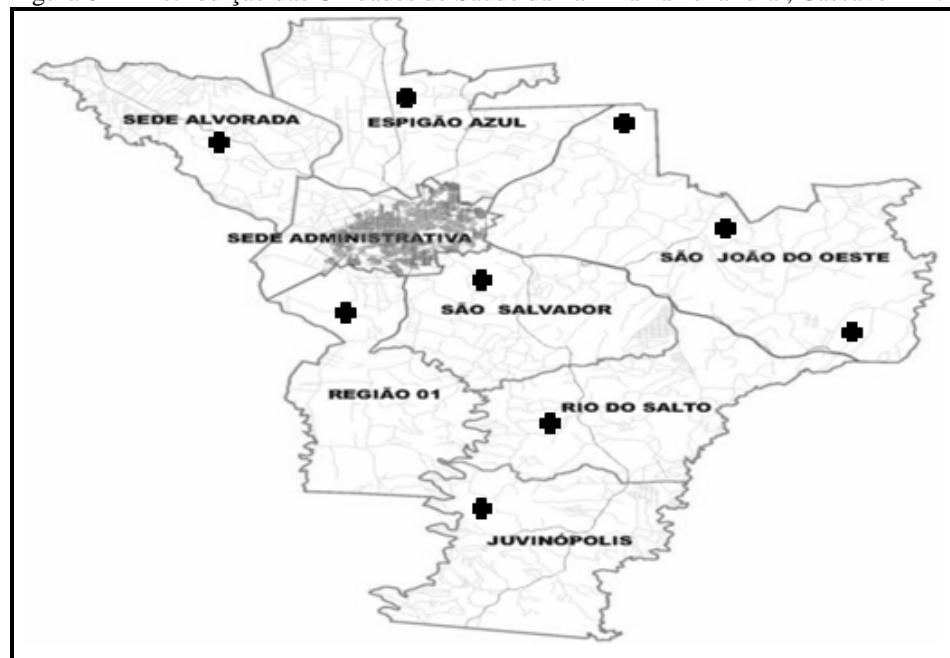
O município de Cascavel-PR possui 12 USF, sendo que destas, três estão localizadas no perímetro urbano do município, nos Bairros Santo Onofre, Canadá e Morumbi.

Figura 01 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família no perímetro urbano, Cascavel-PR.



Além destas unidades, o município conta com nove USF distribuídas nos distritos rurais de Espigão Azul, Juvinópolis, Navegantes, Rio do Salto, Santa Bárbara, São Francisco, São João, São Salvador e Sede Alvorada.

Figura 02 - Distribuição das Unidades de Saúde da Família na zona rural, Cascavel-PR.



Cascavel-PR conta ainda com uma rede de 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas no perímetro urbano, que desenvolvem atividades rotineiras de atenção primária, sem, no entanto, garantir a vinculação do usuário à equipe de saúde, não trabalhando na lógica da estratégia saúde da família.

De acordo com os dados obtidos por meio da entrevista junto aos profissionais médicos vinculados às USF de Cascavel-PR, observamos que 57% são do sexo masculino e 43% são do sexo feminino. Em relação a faixa etária, 93% dos médicos têm mais de 30 anos de idade e também mais de cinco anos de formação; apenas 7% possui menos de 30 anos de idade e menos de cinco anos de formação.

Tabela 01 - Distribuição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família de acordo com sexo, idade, tempo de formação e residência em Medicina de Família e Comunidade, Cascavel-PR, 2013.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	08	57
Feminino	06	43
Total	14	100
<b>Idade</b>		
< 30 anos	01	07
30 – 40 anos	08	57
40 – 50 anos	04	29
> 50 anos	01	07
Total	14	100
<b>Tempo de Formação</b>		
< 5 anos	01	07
5 - 10 anos	06	43
10 – 20 anos	05	36
> 20 anos	02	14
Total	14	100
<b>Residência/Formação em Medicina de Família</b>		
Sim	04	29
Não	08	57
Cursando	02	14
Total	14	100

Dentre os 14 profissionais médicos, 64% escolheram trabalhar na atenção primária em saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família como primeira opção; 29% não realizaram seleção para residência ou já são especialistas e apenas 7% estão tentando entrar em alguma residência. Esse resultado evidencia que a maior parte dos profissionais da ESF é formada por médicos não recém-formados que optaram pela carreira na atenção primária em saúde.

Tabela 02 - Distribuição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família de acordo com tipo de consulta realizada e procedimentos, Cascavel-PR, 2013.

Variáveis	Realizam		Não Realizam		Total	%
	N	%	N	%		
Consulta Clínica Médica	14	100	-	-	14	100
Consulta Pediatria	14	100	-	-	14	100
Consulta Gineco-Obstetrícia	14	100	-	-	14	100
Pequenos Procedimentos	13	93	01	07	14	100
Atividades Programáticas em Grupo	14	100	-	-	14	100

A Tabela 03 demonstra que das dez atividades programáticas em grupos citadas pelos profissionais durante a pesquisa e que fazem parte das diretrizes da atenção primária em saúde, apenas as atividades vinculadas ao HIPERDIA (hipertensão arterial e diabetes) e gestantes são realizadas por 14 e 13 profissionais respectivamente. As outras atividades programáticas como: Saúde do Adolescente, Tabagismo, Atenção aos Idosos, Planejamento Familiar, Saúde do Trabalhador, Saúde do Homem, Saúde da Mulher e Saúde na Escola, não são realizadas por mais de 86% dos profissionais, sendo que atividades essenciais e inerentes ao trabalho da ESF, como o planejamento familiar e a saúde da mulher, não são feitos por 93% dos profissionais.

Tabela 03 - Distribuição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família que realizam atividades programáticas em grupo, por tipo de grupo, Cascavel-PR, 2013.

Variáveis	Sim		Não		Total	%
	N	%	N	%		
<b>Atividade Programática em Grupo</b>						
Hipertensos e Diabéticos	14	100	-	-	14	100
Gestantes	13	93	01	07	14	100
Adolescentes	02	14	12	86	14	100
Tabagismo	02	14	12	86	14	100
Idosos	02	14	12	86	14	100
Planejamento Familiar	01	07	13	93	14	100
Saúde do Trabalhador	01	07	13	93	14	100
Saúde do Homem	01	07	13	93	14	100
Saúde da Mulher	01	07	13	93	14	100
Saúde na Escola	01	07	13	93	14	100

Quanto ao processo de territorialização, com definição das áreas e microáreas de risco e construção do mapa inteligente, observamos que apenas 21% dos médicos não participaram, sendo que 14% dos médicos justificaram que a territorialização já havia sido realizada quando iniciaram suas atividades.

Tabela 04 - Distribuição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família que realizam demais atividades previstas na Portaria MS nº. 2.488/2011, Cascavel-PR, 2013.

Variáveis	Sim		Não		Total	%
	N	%	N	%		
Territorialização	11	79	03	21	14	100
Visita domiciliar	14	100	-	-	14	100
Encaminhamento a outros serviços	14	100	-	-	14	100
Educação permanente equipe ESF	12	86	02	14	14	100
Gerenciamento de Insumos	07	50	07	50	14	100
Trabalho em equipe	13	93	01	07	14	100

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com Vasconcelos e Zaniboni (2009), em estudo realizado na cidade de São Paulo, a maioria dos profissionais médicos vinculados a ESF são jovens com menos de cinco anos de formação que migram após

determinado tempo de serviço para as residências médicas. Em Cascavel-PR observou-se que os médicos possuem uma idade superior à média de São Paulo e dos 14 profissionais, apenas um tem pretensão de sair para residência em outra área.

Quando questionados em relação à escolha em trabalhar como médicos de família e comunidade, 64% dos médicos relataram que foi sua primeira opção e 36% falaram que não foi a primeira opção. Sendo que apareceram como possibilidades a Anestesiologia, a Dermatologia, a Ortopedia, a Otorrinolaringologia e a Pediatria.

Os médicos das ESF foram questionados em relação aos procedimentos, os tipos de consultas realizadas e se participam das atividades programáticas em grupo. Em relação às consultas, os 14 médicos relataram que fazem consultas na área de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

Em relação aos pequenos procedimentos, 93% dos médicos afirmaram que realizam pequenos procedimentos em sua Unidade, mas destacaram que algumas vezes a mesma não tem o material necessário e/ou os mesmos não possuem as habilidades técnicas requeridas.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, com relação ao tempo destinado às atividades coletivas, 35% dos entrevistados declararam que o tempo é adequado e 65%, pouco, “mostrando que os médicos têm consciência da importância dessas atividades, mas, por algum motivo, não destinam tempo adequado a essa atividade”. Neste mesmo estudo, os autores destacam que o perfil da divisão de tempo entre consultas individuais e atividades coletivas foi considerado não condizente com as necessidades da área de abrangência para 70,3% dos médicos; em contrapartida, 53,8% consideraram não condizente com as necessidades da Estratégia Saúde da Família (VASCONCELOS & ZANIBONI, p. 1501, 2009).

A discussão dos dados tanto de Cascavel-PR como da cidade de São Paulo, vão de encontro com as questões discutidas por Mendes e sua análise dos modelos de atenção para as condições agudas e para as condições crônicas, onde o modelo para as condições agudas, reativo, episódico e fragmentado é usado de forma equivocada para a atenção das condições crônicas, que são contínuas, e precisam ser tratadas de forma proativa por meio do sujeito e de forma integrada por parte da equipe de saúde. Ou seja, o modelo de atenção à saúde oferecido nestas Unidades é centrado no modelo de consultas médicas e não nas necessidades de saúde da população (MENDES, 2012).

Quando abordados em relação às visitas domiciliares, todos os médicos relataram que fazem visitas de acordo com os critérios próprios de cada Unidade de Saúde, elencando os usuários que mais precisam de visitas. Dos 14 entrevistados, 36% relataram fazer apenas visitas a pacientes acamados ou cadeirantes, que não tem condições de irem a USF. Outros 36% responderam que fazem visitas aos acamados, pacientes que possuem algum tipo de doença crônica que necessitam de acompanhamento mais rigoroso e também para aqueles pacientes que não são capazes de efetuar autocuidado; 29% dos médicos responderam que fazem busca ativa aos pacientes que não procuram a USF, além de realizarem visitas domiciliares aos pacientes acamados, pacientes com doenças crônicas, ou ainda incapazes de autocuidado.

Segundo Gonçalves *et. al.* (p. 387, 2009), que também realizou pesquisa sobre o trabalho médico nas ESF no município de Botucatu-SP, “a visita domiciliar é o atendimento mais elogiado pela população e o que mais tem trazido prestígio e reconhecimento ao programa”. Vale lembrar que as visitas domiciliares aos usuários do SUS, são parte fundamental da ESF, sendo que uma das propostas é realizar busca ativa de todos aqueles pacientes que não procuram a USF, para que dessa forma possam identificar pacientes que já possuem alguma doença e também prevenir a ocorrência de doenças naqueles pacientes saudáveis.

Em relação aos encaminhamentos para outros pontos de atenção, os médicos entrevistados relatam que muitas vezes o encaminhamento para atendimento especializado é realizado para que o usuário tenha acesso a exames de apoio diagnóstico específicos (somente autorizados por solicitação de médico especialista). Em outras situações é realizado o encaminhamento de pacientes em situação de urgência por meio do SAMU 192 para as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA).

Observa-se que dos pacientes encaminhados a outros pontos de atenção, 86% dos médicos permanecem acompanhando o plano terapêutico desses pacientes, porém 43% destes médicos relataram que fazem o plano terapêutico pela receita fornecida pelo médico especialista ou também pelo que o paciente relata; 14% dos médicos disseram que não fazem o acompanhamento do plano terapêutico dos seus pacientes.

Em relação ao acompanhamento dos planos terapêuticos dos pacientes encaminhados a outros pontos de atenção, os médicos referem dificuldades em acompanhar seus pacientes, devido à falta de comprometimento dos especialistas em não preencher a contra referência para a Unidade Básica. Este problema de âmbito nacional vem sendo parcialmente resolvido em vários municípios, com a instalação dos prontuários eletrônicos e com sistemas de informação integrados e é também uma recomendação importante para os gestores municipais tanto pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná como pelo Ministério da Saúde que haja de fato uma comunicação efetiva entre os pontos de atenção entre as Redes Temáticas de Atenção do SUS e todos os atores envolvidos com foco na melhoria da saúde do usuário e diminuição de procedimentos desnecessários e repetidos por pura falta de comunicação (MENDES, 2011, 2012).

Quando questionados sobre sua participação nas atividades de educação permanente da equipe (ESF), 86% dos médicos afirmaram que participam das atividades de orientação dos demais membros da equipe e 14% responderam que não participam, sendo que um médico relatou que esta atividade é realizada pela Enfermagem.

Em relação ao gerenciamento dos insumos e medicamentos necessários ao adequado funcionamento da USF, observamos que 50% dos médicos participam e 50% não participam do gerenciamento dos insumos, sendo que esses últimos entendem que esta atividade é de responsabilidade da Enfermagem.

Quando foram questionados se desenvolvem o trabalho de maneira conjunta com os demais membros da ESF, observamos na Tabela 04 que 93% dos médicos disseram que sim, dentre estes, um dos entrevistados diz que enfrenta dificuldades e resistência dos demais membros da ESF em trabalhar multiprofissionalmente e também por responsabilizar-se junto com ao médico pela atenção aos usuários. Apenas um dos médicos relatou que não faz o trabalho de maneira conjunta.

A participação ativa no processo de territorialização é fator imprescindível para o médico da ESF, pois dessa forma ele consegue programar melhor o tratamento e acompanhamento dos usuários sob sua responsabilidade, intervindo de maneira efetiva nos determinantes proximais e individuais das condições de saúde da população.

A partir dos dados obtidos com a pesquisa de campo, compreendemos haver correspondência entre o trabalho médico na ESF do município de Cascavel-PR, uma vez que se observa a realização de atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; realização de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, respeitando os fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico; indicação, de forma compartilhada com outros pontos de atenção da necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; participação das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe e, participação do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2011).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a maioria dos médicos que atendem nas Unidades Saúde da Família cumprem as atribuições estabelecidas na política da atenção primária e que as Equipes de Saúde da Família mostram amadurecimento dentro da Política Nacional de Atenção Básica, sendo de conhecimento dos profissionais médicos o trabalho a ser desenvolvidos dentro das diretrizes do SUS e no processo de consolidação da atenção primária em saúde, podendo-se afirmar que as ESF de Cascavel-PR vêm cumprindo as atribuições sempre crescentes do Sistema Único de Saúde.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da Republica. **Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 11 de junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da Republica. **Decreto nº 7508 de 2011**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em 11 de junho de 2013.

CAMPOS, [et.al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

GIL, C. R. R. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>, acesso em 12 de abril de 2013.

GONÇALVES, R.J.; SOARES, R.A.; TROLL, T.; CYRINO, E.G. **Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo, Brasil. 33 (3): 393 – 403; 2009.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

OPAS. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o**

**debate.** Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz – Coleção Temas em Saúde, 2009.

VASCONCELOS, F.G.A.; ZANIBONI, M.R.G. **Dificuldades do trabalho médico no PSF.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 16 (Supl. 1): 1494 – 1504, 2011.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO PESQUISA DE CAMPO**

**Projeto de Pesquisa:** O Trabalho Médico nas Equipes de Saúde da Família de Cascavel-Pr: A Atuação Médica e as Diretrizes do Ministério da Saúde.

**Pesquisadores:** Bruno Cesar Welz  
Rubens Griepl

**QUESTIONÁRIO**

<b>Iniciais do Nome:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Onde se formou:</b>		<b>Ano:</b>
<b>Residência/Especialização:</b>		<b>Ano:</b>
<b>Vínculo Empregatício:</b>		<b>Ano:</b>

**1) Realiza consultas clínicas na área de pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia?**

Pediatria (  ) Sim (  ) Não  
Clínica médica (  ) Sim (  ) Não  
Ginecologia e obstetrícia (  ) Sim (  ) Não

**2) Realiza pequenos procedimentos (drenagem de abscessos, suturas, desbridamentos, punções)?**

(  ) Sim  
(  ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**3) Participa de atividades programadas (grupo de hipertensos, diabetes, gestantes)? Quais?**

(  ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
(  ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**4) Realiza visitas no domicílio? Se sim, qual o perfil dos pacientes (acamados, hipertensos)?**

\_\_\_\_\_

**5) Faz encaminhamento, quando necessário, a outros pontos de atenção (CISOP, UPA, CEACRI)?**

(  ) Sim. Quando? \_\_\_\_\_  
(  ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**6) Quando encaminhado, é feito o acompanhamento do plano terapêutico dos pacientes?**

(  ) Sim  
(  ) Não

**7) Participa das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe, orienta e supervisiona demais membros da equipe (ensinar ACS a orientar famílias sobre o cuidado com HAS, DM, RN)?**

(  ) Sim  
(  ) Não

**8) Participa do gerenciamento dos insumos e medicamentos necessários ao adequado funcionamento da USF?**

(  ) Sim  
(  ) Não

**9) Desenvolve o trabalho de maneira conjunta com os demais membros da equipe?**

Sim  
 Não

**10) Participa do processo de territorialização, com definição das áreas e microáreas de risco e construção do mapa inteligente?**

Sim  
 Não. Por quê? \_\_\_\_\_

**11) Você escolheu trabalhar em Medicina de Família e Comunidade como primeira opção ou tinha interesse de trabalhar em outra área da medicina?**

Sim  
 Não. Qual? \_\_\_\_\_