

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

**Education-service integration in primary care: a proposal of an assessment
instrument**

Marcos Aurélio Maeyama¹, Carolina Machado¹, Luiz Roberto Agea Cutolo¹, Luciane Bisognin Ceretta², David Bongioio Mattos³, Leonardo Lirio Bevilacqua⁴

¹Universidade do Vale do Itajaí

²Universidade do Extremo Sul Catarinense

³Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência

⁴Hospital do Coração de Balneário Camboriú

Endereço para Correspondência:

Marcos Aurélio Maeyama

Rua José Gall, 1089 – apto 1103. Ressacada – Itajaí/SC. CEP 88307-102.

Email: marcos.aurelio@univali.br

Resumo

A partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, impulsionadas pelas transformações do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica passa o ponto de convergência das políticas de educação e saúde. Apesar de haver muito debate e um grau significativo de mobilização, aparentemente faltam elementos que desencadeiem nas escolas processos efetivos de mudança. A condução das mudanças deve ser realizada por meio de ações e processo avaliativo condizente com os resultados esperados. Neste sentido, o objetivo do trabalho foi desenvolver um instrumento de autoavaliação da integração ensino-serviço no âmbito da Atenção Básica, a partir da leitura e análise de documentos oficiais das políticas de educação e saúde. O instrumento foi desenvolvido a partir do referencial teórico de Donabedian, com dimensões que consideram tanto estrutura que favoreça o desenvolvimento das atividades, assim como o próprio processo de desenvolvimento das atividades, especialmente o processo de trabalho e atenção integral na Atenção Básica, com definição de padrão de qualidade para o desenvolvimento das competências requeridas. Espera-se que o instrumento possa nortear o processo de mudança da formação mais ajustadas à realidade dos serviços e às necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: Educação Médica; Atenção Básica à Saúde; Avaliação.

Abstract

Since the publication of the National Curriculum Guidelines for healthcare courses, driven by the changes in the National Health System, the Primary Care passes the convergence point of education and health policies. Although there is a lot of discussion and a significant degree of mobilization, apparently some elements are missing that trigger in schools the effective processes of change. The change management should be carried out through actions and consistent evaluation process suitable with the expected results. Therefore, the purpose of this work was to develop an evaluation tool for teaching-service integration within the Primary Care, from the reading and analysis of official documents of education and health policies. The instrument was developed from the theoretical framework of Donabedian, with dimensions that consider both structure that favors the development of activities, and

the very process of developing activities, especially the work process and full care in Primary Care, with quality standard setting for the development of skills required. It is expected that the instrument can guide the formation process of change into more adjusted to the reality of the services and the health needs of the population.

Keywords: Education Medical; Primary Health Care; Evaluation.

INTRODUÇÃO

O modelo Biomédico, sustentado principalmente pelo Relatório Flexner, e aliado aos interesses do complexo médico-industrial, desde o início do século XX, inicia um movimento de hegemonia em todo o mundo, quanto à forma de organização de serviços e sobre as práticas de saúde¹.

Embora o Modelo Biomédico permita uma abordagem direta sobre o doente, sua explicação unicausal torna-se bastante reducionista. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e prevenção. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento do processo fisiopatológico, que ganham espaço, com supervalorização da tecnologia dura e da especialização².

Essa supervalorização da tecnologia aproximou o paciente das máquinas e a afastou dos médicos, fazendo com que a anamnese e o exame físico fossem gradativamente substituídos pelos procedimentos³. A troca da globalidade pela especialização atenuou a compreensão holística do ser humano⁴.

No que diz respeito à atenção propriamente dita, a racionalidade anátomo-clínica, com distinção entre o normal e o patológico, interessada na classificação de doenças, revelou-se insuficiente, pois desconsiderava aspectos importantes do adoecimento do indivíduo⁵, sobretudo os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença⁶.

E, ainda, quando colocada diante dos enfrentamentos sociais, a lógica biomédica se mostrou incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, e tampouco foi capaz, no plano coletivo, de ser modificadora de indicadores sociais².

Apesar do Modelo Biomédico ter sido questionado em todo o mundo já na década de 1950, contrário a essa lógica, o Brasil, no Governo Militar, a partir de 1964, inicia um movimento de construção do modelo, com grande desenvolvimento do Complexo Médico-Industrial, marcado pela explosão na construção de hospitais, superespecialização médica e equipamentos desnecessários. Tudo financiado com dinheiro público para a iniciativa privada, e ainda contando com o apoio do interesse comercial americano, fornecedor de equipamentos e medicamentos⁷.

Como forma de garantir a consolidação do modelo biomédico, o governo militar realiza uma reforma universitária, por intermédio da imposição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, em 1968, que ordenava a adoção do currículo mínimo, de base flexneriana, para os cursos de medicina⁸.

Não diferente do ocorrido em outros países, o modelo biomédico, além dos altos custos na assistência médica, não fora capaz de atender a população sem carteira assinada (não universal), e ainda de solucionar os problemas de saúde coletiva, e em consequência não fora capaz de melhorar os indicadores de saúde⁹.

Em contraposição a este cenário, iniciam-se na década de 1970 alguns movimentos sociais, defendendo uma atenção à saúde mais abrangente, que deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira^{10,11}.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira teve como marco principal a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que, a partir de seu relatório final, serviu de base para os artigos constitucionais que tratavam do setor da saúde, que por sua vez definiam a reformulação do sistema nacional de saúde.

A incorporação jurídico-legal culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que parte do pressuposto de uma visão ampliada da saúde e incorpora determinantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos à saúde. Portanto, prevê uma abordagem integral do processo saúde-doença e não se resume à prestação de serviços assistenciais¹².

O modelo de organização do SUS escolhido pelo Ministério da Saúde foi o da Atenção Primária à Saúde (APS) voltada para a comunidade, a Atenção Básica à Saúde (ABS). A ABS está relacionada com a visão do processo saúde-doença entendido como determinado socialmente, influenciado por fatores ambientais e por desencadeadores etiológicos, cuja exposição está intimamente relacionada com a organização social².

A APS reconhecidamente é a estratégia estruturante que obteve melhor impacto positivo nos indicadores de saúde de países com sistemas de saúde universais, apresentando maior eficiência no fluxo dos usuários no sistema, cuidado mais efetivo de condições crônicas, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde^{13,14}.

No Brasil, a primeira tentativa de garantir a operacionalização dos atributos da APS nos serviços de saúde, após o ordenamento constitucional, acontece em 1994, com a escolha do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia operacional da ABS, posteriormente chamada de Estratégia da Saúde da Família (ESF)¹⁵.

O PSF trouxe alguns desafios, como o trabalho interdisciplinar e a busca de uma clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento. Após a constatação de que as faculdades não estavam formando profissionais para executar esse trabalho, passam a ser discutidas medidas para viabilizar mudanças na graduação que atendam aos interesses deste novo modelo de atenção⁸.

Uma primeira medida no sentido de flexibilizar os currículos dos cursos da área da saúde é tomada em 1996, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que extingue a necessidade de seguimento do currículo mínimo flexneriano¹⁶.

A aprovação da LDB leva à posterior elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde, ocorridas entre 2001 e 2004. As DCN apontam a necessidade de se adequar a formação de recursos humanos com o serviço, seguindo as diretrizes e princípios do SUS, compreendendo a integralidade como eixo da formação¹⁷.

As DCN buscavam construir um perfil acadêmico e profissional com conhecimentos, habilidades e atitudes de acordo com as necessidades atuais das populações, bem como para atuarem com qualidade e resolubilidade no SUS¹⁸.

A Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser o ponto de convergência das políticas de atenção à saúde e de formação em saúde, que têm na Saúde da Família a estratégia estruturante para organização da APS e do sistema de saúde como um todo. Assim, no mesmo sentido, as DCN apontam para a integração do sistema de

saúde com as necessidades de saúde da população, tornando a APS lócus preferencial de aprendizado¹⁹.

Esta convergência fica explícita com a criação do PRÓ-Saúde, que, por meio de incentivos às universidades, estimulam a mudança na formação a partir da reorientação teórica para abordagem integral do processo saúde-doença, diversificação dos cenários de prática com ênfase na Atenção Básica e orientação pedagógica centrada nas necessidades dos alunos²⁰.

Em 2009 foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, cujo objetivo é fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família para qualificação da Atenção Básica²¹. Para tanto, apoia-se na integração ensino-serviço-comunidade com atividades de ensino, pesquisa e extensão²¹.

Paralelamente ao desenvolvimento do ensino, o PSF desde sua criação trouxe consigo melhoria dos indicadores de saúde no Brasil. No período de 1998 a 2006 a cobertura populacional, que era de aproximadamente 7%, alcançou 46% da população, sendo a ampliação bastante significativa em áreas historicamente desprovidas de serviços de saúde e com indicadores sociais desfavoráveis. Em um segundo ciclo, de 2006 a 2014, observa-se um crescimento menos acelerado, sendo que em 2014 havia aproximadamente 57% da população coberta por equipes de Saúde da Família²².

Embora a Atenção Básica tenha ocupado lugar central na agenda federal, em uma perspectiva abrangente, ainda há numerosos desafios a serem enfrentados para que ela se consolide como porta preferencial de entrada e resolutiva do sistema de saúde e, ainda, para que se constitua como coordenadora da rede de atenção²³.

Os desafios, que ainda dificultam sua qualificação e consolidação, estão relacionados com a carência de infraestrutura adequada nas unidades de saúde e a baixa densidade tecnológica a elas agregada, falta de profissionalização da gestão, ausência de equipes multiprofissionais, precarização nas relações de trabalho, fragilidade do modelo de atenção integral com fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e subfinanciamento²⁴.

Nesse sentido, foi o lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na Atenção Básica por meio de

institucionalização da avaliação, fomentando processos contínuos e progressivos de melhoria de padrões e indicadores de acesso e qualidade, mobilizando, responsabilizando e envolvendo gestores, equipes e usuários na qualificação da Atenção²⁵. O processo de autoavaliação, uma das etapas do programa, em última instância explicita as competências e responsabilidades da gestão e equipes na organização da atenção²⁵.

Já no âmbito da integração ensino-serviço na Atenção Básica, a partir da publicação das DCN e dos programas de incentivo à mudança, a inserção nos serviços foi significativamente ampliada. Porém, ainda que importantes, diversas experiências demonstram fragilidades na integração relacionadas a aspectos de organização e estrutura, além da falta de preceptoria no local²⁶, a práticas sanitárias nas unidades básicas de saúde voltadas para o modelo curativo²⁷ e a organização do modelo formador desarticulado das práticas das unidades de saúde e das necessidades dos usuários²⁸.

Apesar de haver muito debate e um grau significativo de mobilização, aparentemente faltam elementos para que se desencadeiem nas escolas processos efetivos de mudança. Além disso, faltam também instrumentos de avaliação para verificar a qualidade e efetividade das mudanças já ocorridas.

Pensar avaliação no âmbito das políticas educacionais é importante, pois a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde²⁹.

Desta forma, torna-se relevante propor um instrumento de avaliação das novas políticas de formação, que têm como eixo a integração ensino-serviço, com ênfase na atenção básica.

Partindo desta reflexão, este trabalho tem como objetivo, a partir da identificação e análise da Política Nacional de Atenção Básica e das políticas de formação para a saúde, desenvolver um instrumento de avaliação da integração ensino-serviço, considerando que todo processo avaliativo tem potencial de induzir mudanças.

METODOLOGIA

Partindo do pressuposto que o objeto trata da integração ensino-serviço na área da saúde, o referencial teórico utilizado para balizar a construção do instrumento de avaliação seguiu as diretrizes políticas da educação para o setor da saúde e as diretrizes políticas para a atenção do setor da saúde, por meio de documentos oficiais.

Trata-se, portanto, de pesquisa documental, uma vez que se utiliza apenas de documentos, como livros, revistas, documentos legais, mídia eletrônica, entre outros, como fonte de dados³⁰. Enquanto metodologia, ela permite, a partir de suas concepções teóricas, a apreensão da realidade³¹.

Desta forma, os documentos norteadores no desenvolvimento do instrumento foram os seguintes:

Quadro 1. Documentos-base para construção do instrumento de autoavaliação da integração ensino-serviço na Atenção Básica.

Documento	Fonte	Ano
Política Nacional de Atenção Básica ³²	Ministério da Saúde	2012
Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia (livro) ¹³	Bárbara Starfield	2002
Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica ²⁵	Ministério da Saúde	2012
Cadernos de Atenção Básica – n. 13 – Controle dos cânceres de colo de útero e de mama ³³	Ministério da Saúde	2013
Cadernos de Atenção Básica – n. 19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa ³⁴	Ministério da Saúde	2006
Cadernos de Atenção Básica – n. 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco ³⁵	Ministério da Saúde	2013
Cadernos de Atenção Básica – n. 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento ³⁶	Ministério da Saúde	2012
Cadernos de Atenção Básica – n. 34 – Saúde Mental ³⁷	Ministério da Saúde	2013

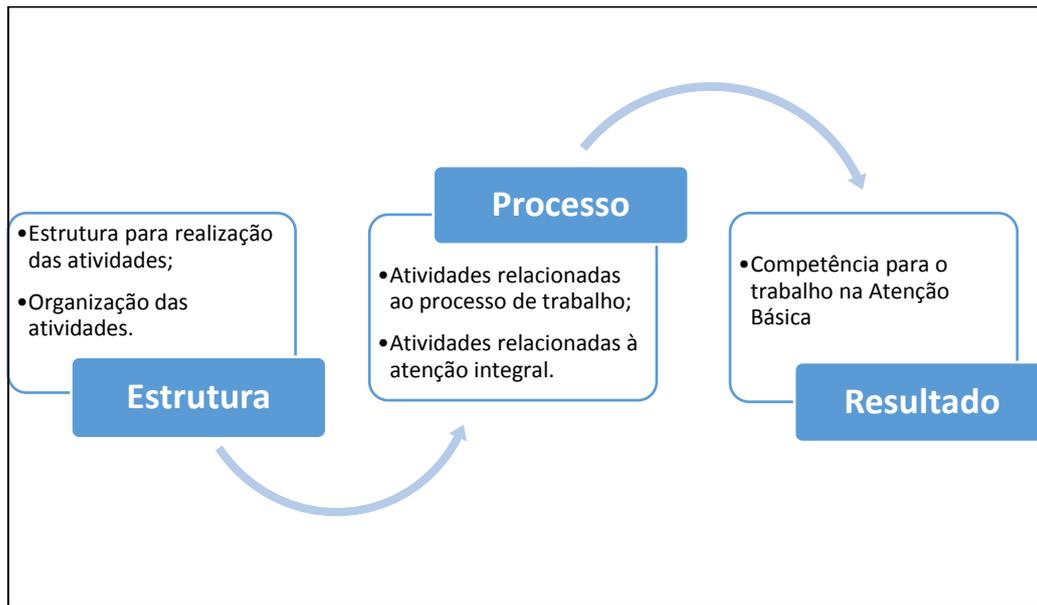
Documento	Fonte	Ano
Cadernos de Atenção Básica – n. 36 – Estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus ³⁸	Ministério da Saúde	2013
Cadernos de Atenção Básica – n. 37 – Estratégias de cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica ³⁹	Ministério da Saúde	2013
Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina ⁴⁰	Ministério da Educação	2014
Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde ²⁰	Ministério da Educação	2005
Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde ²¹	Ministério da Educação	2010

Para análise de dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temático³¹, com a busca de temas-chave e categorização, a partir do tema da pesquisa que refere-se ao desenvolvimento de competências na graduação para o trabalho na Atenção Básica.

RESULTADOS

A partir da eleição dos documentos foi realizada análise documental, buscando a triangulação de dados para definição das categorias temáticas (dimensões), tanto no que se refere às competências para o trabalho na Atenção Básica, quanto para um conjunto de situações que favoreçam o aprendizado (figura 1).

Figura 1. Dimensões do instrumento de autoavaliação da integração ensino-serviço.



A partir da definição das dimensões, elas foram melhor detalhadas em subdimensões. Esse caminho passa inicialmente pela identificação de competências gerais, e a partir dessas, a identificação das competências específicas.

A construção do instrumento seguiu o modelo da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica do Ministério da Saúde²⁵, e seu desenvolvimento culminou em duas unidades de análise.

A primeira unidade de análise é destinada à gestão educacional e está relacionada à *estrutura* necessária para favorecer o desenvolvimento das atividades, e incluem as dimensões material e pedagógica.

A segunda unidade de análise é direcionada propriamente para os atores diretos da integração ensino-serviço (discentes, docentes e profissionais de saúde), que incluem as dimensões, desenvolvimento de atividades relacionadas ao processo de trabalho, e desenvolvimento de atividades relacionadas à atenção integral, que se relacionam ao *processo* para o desenvolvimento das competências necessárias para o trabalho na Atenção Básica.

A categoria resultado é aquela que exige maior tempo para ser verificada, sendo muitas vezes a mais complicada de se determinar. Entretanto, segundo Donabedian⁴¹, pode não ser a categoria fundamental, uma vez que a vivência do próprio processo já pode ser considerada um resultado.

Desta forma, para este trabalho propositivo, consideraremos nesta categoria as garantias mínimas de oportunidades de aprendizagem na Atenção Básica que a formação deve oportunizar aos acadêmicos, sendo que em outras situações, a partir de um ciclo de formação na Atenção Básica, o instrumento pode ser utilizado para avaliação do desenvolvimento de competências para o trabalho.

A síntese das unidades de análise, bem como suas dimensões e subdimensões, podem ser visualizadas no quadro 2.

Quadro 2. Unidades de análise/dimensões/subdimensões da integração ensino-serviço.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão Educacional	Estrutura para realização das atividades	Institucionalização
		Infraestrutura
	Organização das atividades	Realidade dos serviços
		Orientação Pedagógica
Docentes, discentes e profissionais de saúde	Atividades relacionadas ao Processo de trabalho	Orientação Comunitária
		Integralidade
		Longitudinalidade
		Coordenação do cuidado
	Atividades relacionadas à Atenção Integral	Saúde da Criança
		Saúde da Mulher
		Saúde do Idoso
		Saúde Mental
		Problemas Crônicos

Unidade de Análise Gestão Educacional

A dimensão “Estrutura para realização das atividades” apresenta duas subdimensões. A primeira diz respeito à Institucionalização da integração ensino-serviço, que incorpora três itens de padrões de qualidade, conforme o quadro 3. Já a

subdimensão infraestrutura também possui três itens de padrões de qualidade (quadro 4).

Quadro 3. Padrões de qualidade da subdimensão “Institucionalização”, dimensão “Estrutura para realização das atividades”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Estrutura para realização das atividades - Institucionalização	1. Existência de institucionalização da parceria entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde.
	2. Existência de facilitação por parte da equipe de saúde para o desenvolvimento das atividades acadêmicas.
	3. Existência de política de educação permanente para profissionais do ensino e serviço.

Quadro 4. Padrões de qualidade da subdimensão “Infraestrutura”, dimensão “Estrutura para realização das atividades”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Estrutura para realização das atividades - Infraestrutura	4. A unidade de saúde dispõe de infraestrutura física adequada para a realização das atividades acadêmicas.
	5. Disponibilidade de equipamentos, instrumentos e materiais básicos necessários para a realização das atividades.
	6. O perfil dos profissionais da equipe e dos professores é adequado para trabalhar na atenção básica.

A dimensão “Organização das atividades” apresenta duas subdimensões: “realidade dos serviços”, com três itens de padrão de qualidade, e “orientação pedagógica”, com dois itens, conforme quadros 5 e 6.

Quadro 5. Padrões de qualidade da subdimensão “Realidade dos Serviços”, dimensão “Organização das atividades”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Organização das atividades – realidade dos serviços	7. Existência de planejamento em conjunto das atividades entre Instituição de Ensino e serviço de saúde.
	8. Os acadêmicos têm oportunidade de conhecer toda a rede de atenção e reconhecer a Atenção Básica como coordenadora da atenção.
	9. As atividades curriculares estão orientadas à lógica dos serviços.

Quadro 6. Padrões de qualidade da subdimensão “Orientação pedagógica”, dimensão “Organização das atividades”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Organização das atividades – orientação pedagógica	10. Os acadêmicos conseguem vivenciar/relacionar teoria à prática realizada nos serviços de saúde, em nível individual e coletivo.
	11. Os acadêmicos são estimulados a desenvolver autonomia durante o desenvolvimento das atividades.

Unidade de Análise “Docentes, Discentes e Profissionais de Saúde”

A dimensão “Atividades relacionadas ao processo de trabalho” seguem os atributos da Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde e foram divididas em quatro subdimensões. A subdimensão “Orientação comunitária” apresenta 5 itens de padrões de qualidade (quadro 7). A subdimensão “Integralidade” apresenta 8 itens de padrões de qualidade (quadro 8). A subdimensão “Longitudinalidade” apresenta 5 itens de padrões de qualidade (quadro 9). A subdimensão “Coordenação do cuidado” apresenta 5 itens de padrões de qualidade (quadro 10).

Quadro 7. Padrões de qualidade da subdimensão “Orientação comunitária”, dimensão “Atividades relacionadas ao processo de trabalho”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas ao processo de trabalho – Orientação Comunitária	12. Os acadêmicos realizam as atividades com território definido.
	13. Os acadêmicos realizam processo de territorialização.
	14. Os acadêmicos participam do planejamento de ações e monitoramento dos resultados.
	15. As ações realizadas pelos acadêmicos são baseadas nas necessidades de saúde da população do território em questão.
	16. Os acadêmicos participam de atividades em conselhos municipais ou locais de saúde.

Quadro 8. Padrões de qualidade da subdimensão “Integralidade”, dimensão “Atividades relacionadas ao processo de trabalho”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas ao processo de trabalho – Integralidade	17. Os acadêmicos desenvolvem atividades de promoção à saúde.
	18. Os acadêmicos desenvolvem ações de proteção da saúde e prevenção de doenças.
	19. Os acadêmicos desenvolvem atividades de tratamento/cura de doenças.
	20. A prática assistencial dos acadêmicos é desenvolvida a partir da clínica ampliada.
	21. As atividades são realizadas em conjunto com toda a equipe (agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e outros).

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
	22. Os acadêmicos participam da organização e realização de grupos terapêuticos.
	23. Os acadêmicos participam da organização e realização de grupos operativos.
	24. As atividades práticas são realizadas dentro das unidades básicas de saúde e em outros espaços comunitários.

Quadro 9. Padrões de qualidade da subdimensão “Longitudinalidade”, dimensão “Atividades relacionadas ao processo de trabalho”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas ao processo de trabalho – Longitudinalidade	25. Os acadêmicos durante as atividades práticas têm oportunidades de realizar o acompanhamento longitudinal de pessoas/comunidades.
	26. Os acadêmicos desenvolvem responsabilização / corresponsabilização por pessoas e comunidades.
	27. Os acadêmicos monitoram e realizam busca ativa de faltantes ou casos relevantes.
	28. Os acadêmicos estabelecem vínculo com indivíduos/comunidade.

Quadro 10. Padrões de qualidade da subdimensão “Coordenação do Cuidado”, dimensão “Atividades relacionadas ao processo de trabalho”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas ao	29. Os acadêmicos durante as atividades práticas têm oportunidades de realizar a coordenação do cuidado.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
processo de trabalho – Coordenação do cuidado	30. Os acadêmicos conhecem e utilizam as fichas de acompanhamento da Atenção Básica ou outros instrumentos de acompanhamento, durante a realização das atividades.
	31. Os acadêmicos participam das reuniões de equipe para discussão de casos.
	32. Os acadêmicos realizam atividades de fortalecimento comunitário e/ou empoderamento das pessoas, na perspectiva da educação popular e saúde.
	33. Os acadêmicos organizam e participam de atividades de educação permanente para a equipe de saúde.

A dimensão “Atividades relacionadas à atenção integral” apresenta 5 subdimensões relacionadas aos principais ciclos populacionais em termos de prevalência na Atenção Básica: Saúde da Criança (quadro 11), Saúde da Mulher (quadro 12), Saúde do Idoso (quadro 13), Saúde Mental (quadro 14) e Problemas Crônicos (quadro 15), cada qual com seus itens de padrão de qualidade.

Quadro 11. Padrões de qualidade da subdimensão “Saúde da Criança”, dimensão “Atividades relacionadas à Atenção Integral”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas à Atenção Integral – Saúde da Criança	34. Os acadêmicos realizam atividades de puericultura na lógica da longitudinalidade.
	35. Os acadêmicos utilizam a Caderneta da Criança, conferindo e atualizando dados.
	36. Os acadêmicos participam de visita domiciliar ao recém-nascido na sua primeira semana de vida.
	37. Os acadêmicos dentro de suas rotinas na unidade de saúde promovem o aleitamento materno exclusivo.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
	38. Os acadêmicos participam de atividades em escolas, creches ou outros espaços comunitários na atenção à criança.
	39. Os acadêmicos participam ou executam ações de gestão do cuidado da criança com busca ativa, quando necessário.

Quadro 12. Padrões de qualidade da subdimensão “Saúde da Mulher”, dimensão “Atividades relacionadas à Atenção Integral”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas à Atenção Integral – Saúde da Mulher	40. Os acadêmicos participam ativamente de ações de controle dos cânceres de colo de útero e mama.
	41. Os acadêmicos acompanham a mesma gestante durante o pré-natal.
	42. Os acadêmicos utilizam e atualizam o Cartão da Gestante em todas as consultas de pré-natal.
	43. Os acadêmicos participam ou executam ações de gestão do cuidado da gestante com busca ativa quando necessário.
	44. Os acadêmicos participam de atividades coletivas de educação em saúde voltadas para as gestantes.
	45. Os acadêmicos e a equipe apresentam postura pró-ativa frente às mulheres durante o climatério.
	46. Os acadêmicos e a equipe apresentam postura pró-ativa frente às ações de planejamento familiar.

Quadro 13. Padrões de qualidade da subdimensão “Saúde do Idoso”, dimensão “Atividades relacionadas à Atenção Integral”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas à Atenção Integral – Saúde do Idoso	47. Os acadêmicos utilizam a Caderneta da pessoa idosa, conferindo e atualizando dados.
	48. Os acadêmicos realizam avaliação global do idoso.
	49. Os acadêmicos realizam uma prática adequada às necessidades da pessoa idosa.
	50. Os acadêmicos participam na promoção de hábitos que visem um envelhecimento saudável e ativo.
	51. Os acadêmicos estão aptos e atentos para identificar sinais diretos ou indiretos de maus tratos ao idoso.
	52. Os acadêmicos no processo de cuidado do idoso consideram o cuidador.
	53. Os acadêmicos no processo de cuidado do idoso dependente realizam abordagem de forma integral e ampliada.
54. Os acadêmicos participam de visitas domiciliares a idosos em situação de vulnerabilidade.	

Quadro 14. Padrões de qualidade da subdimensão “Saúde Mental”, dimensão “Atividades relacionadas à Atenção Integral”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas à Atenção Integral – Saúde Mental	55. Os acadêmicos identificam e acompanham de forma longitudinal as pessoas com sofrimento psíquico no território.
	56. A abordagem adotada para as pessoas com sofrimento psíquico, pelos acadêmicos, é baseada na clínica ampliada.

	57. Os acadêmicos participam no desenvolvimento e execução de grupos terapêuticos e operativos para pessoas com sofrimento psíquico.
	58. Os acadêmicos participam ou executam ações de gestão do cuidado das pessoas com sofrimento psíquico.

Quadro 15. Padrões de qualidade da subdimensão “Problemas Crônicos”, dimensão “Atividades relacionadas à Atenção Integral”.

Dimensão / Subdimensão	Padrão de qualidade
Atividades relacionadas à Atenção Integral – Problemas crônicos	59. Os acadêmicos identificam de forma pró-ativa as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
	60. Os acadêmicos acompanham de forma longitudinal as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
	61. A abordagem adotada para as pessoas com hipertensão e diabetes, pelos acadêmicos, é baseada na clínica ampliada.
	62. Os acadêmicos participam no desenvolvimento e execução de grupos terapêuticos ou operativos para pessoas com hipertensão e diabetes.
	63. Os acadêmicos participam ou executam ações de gestão do cuidado das pessoas com hipertensão e diabetes.

Além do padrão de qualidade o instrumento conta com a descrição do padrão de qualidade em cada item, como nos exemplos abaixo (quadros 16 e 17), proporcionando um melhor entendimento do que se espera em relação a ação e abordagem.

Quadro 16. Descrição do padrão de qualidade do item 17 do instrumento de autoavaliação da integração ensino-serviço.

Item	Padrão de qualidade	Realização
17	Os acadêmicos desenvolvem atividades de promoção à saúde.	() Sim () Não () Parcialmente
Descrição do padrão: Considera-se como promoção da saúde a integração de saberes buscando modificar a determinação do processo saúde-doença, realizando ações estratégicas e sustentáveis, integradas com diversos setores governamentais e não governamentais, procurando estimular a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as iniquidades de toda ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras). Busca-se promover a melhoria das condições de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde e aos seus condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.		

Quadro 17. Descrição do padrão de qualidade do item 34 do instrumento de autoavaliação da integração ensino-serviço.

Item	Padrão de qualidade	Realização
34	Os acadêmicos realizam atividades de puericultura na lógica da longitudinalidade.	() Sim () Não () Parcialmente
Descrição do padrão: Os acadêmicos acompanham as consultas no primeiro ano de vida da criança, dando ênfase às questões de crescimento e desenvolvimento, alimentação, vacinação, considerando ainda as condições socioculturais das famílias, dentro de uma lógica de clínica ampliada. O padrão refere-se ainda ao acompanhamento das mesmas crianças, desde seu nascimento até no mínimo completarem o primeiro ano de vida (preferencialmente as 7 consultas previstas), pois tão importante quanto as condutas tomadas durante as consultas é acompanhar os seus desdobramentos, incluindo êxitos e limitações, possibilitando dessa forma reflexão para um cuidado singular.		

DISCUSSÃO

A avaliação não é uma prática neutra ou uma atividade essencialmente técnica, desprovida do componente político. O ato de avaliar está sempre dotado de uma concepção que determinado ator social tem de um processo e reflete o quanto ele deseja produzir transformações no âmbito de sua atuação⁴². Neste sentido, o instrumento foi construído com a intenção de auxiliar as mudanças na formação em saúde, mais ajustada à realidade dos serviços e às necessidades da população, e, desta forma, as mudanças e consolidação do próprio SUS.

A avaliação possibilita a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos, assim como das potencialidades e pontos consolidados. Orienta, ainda, a elaboração de planos de intervenção para a resolução dos problemas verificados, de maneira estratégica⁴³.

Atualmente, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Neste contexto, propõe várias iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)²⁵.

O PMAQ toma como base a autoavaliação, que serve como ponto de partida para o desenvolvimento de processos orientados para a melhoria da qualidade, que devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e também problemáticas do seu trabalho, produzindo sentidos e significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento²⁵.

O instrumento de avaliação da integração ensino-serviço na Atenção Básica tem como base unicamente o processo de autoavaliação, pois o objetivo é gerar reflexão e ação para dentro, sem a preocupação de atores externos, os quais muitas vezes induzem a mudanças baseadas na estética, sem o componente ético, que de fato confere valor a ação.

O sistema conceitual proposto neste projeto foi baseado no referencial de Avedis Donabedian, professor emérito de Saúde Pública da Universidade de Michigan. Tal opção se deve ao fato de este ser o autor mais referenciado quando se

trabalha com avaliação em saúde, e principalmente por respaldar os programas de avaliação para melhoria da qualidade na atenção básica propostos atualmente pelo Ministério da Saúde, entre eles o AMAQ-AB (Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica), que por sua vez serviu de modelo para a elaboração deste instrumento. O motivo da escolha de um instrumento derivado do serviço tem duplo objetivo, aproximar as atividades acadêmicas da realidade dos serviços e, em consequência, facilitar a integração acadêmica aos serviços, uma vez que os objetivos acadêmicos e dos serviços tornam-se convergentes.

O enfoque de avaliação proposto por Donabedian na década de 1960 permite numa abordagem normativa e focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definir estratégias, critérios e padrões de medição da qualidade. O Modelo Donabedian é fartamente utilizado em todo o mundo como referência para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde⁴⁴.

Segundo Donabedian⁴⁵, a ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade.

Recomenda-se, portanto, que a autoavaliação seja realizada a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações, configurando-se assim como uma ferramenta de potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que abre possibilidades de construção de soluções a partir da identificação de problemas²⁵.

Os padrões de qualidade, do instrumento proposto, foram construídos relacionando os atributos da Atenção Primária à Saúde com as ações elencadas em cada ciclo populacional. Os atributos relacionam-se com o valor das ações, o que implica não só em realizar uma ação, mas realizá-la com qualidade e com objetivos sanitários claramente definidos.

A construção dos padrões de qualidade deve derivar, a princípio, das fontes que definem legitimamente as normas do conhecimento e a prática no sistema de atenção à saúde predominante, na prática, definidos por livros ou publicações profissionais de máxima idoneidade⁴⁵.

Na construção deste instrumento, considerando que o ensino deve estar articulado à realidade dos serviços e às necessidades da população, os documentos que nortearam a definição dos padrões de qualidade relacionados ao processo de trabalho e à atenção integral são derivados de publicações do Ministério da Saúde, que, em tese, são diretrizes a partir das quais os próprios serviços de saúde devem se organizar. Desta forma, o instrumento pode auxiliar não só no desenvolvimento de competências discentes para o futuro trabalho, mas também no desenvolvimento de competências e atribuições dos profissionais da Atenção Básica pela própria integração realizada com o ensino.

Além da definição do padrão, o principal mecanismo para alcançar uma maior confiabilidade é a especificação detalhada dos critérios, padrões e procedimentos utilizados para avaliar a atenção⁴¹, ou seja, a descrição do padrão. A exemplo do instrumento da AMAQ-AB, o instrumento de avaliação da integração ensino-serviço na Atenção Básica também apresenta descrição detalhada do que se espera em cada padrão de qualidade. Apesar de certa forma ser prescritiva quanto ao que se espera, a flexibilidade e a criatividade ficam garantidas quanto à forma de atingir tais objetivos, de acordo com a realidade e contexto de cada local.

Segundo Campos⁴⁶ a avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento, mas sim uma oportunidade de mudança. Esse é o princípio norteador das análises do tipo autoavaliação, que não devem ser entendidas como um fim, mas devem ser acompanhadas por propostas que busquem implementar mudanças necessárias.

A escolha de não optar por uma escala de pontuação como no AMAQ-AB para cada padrão estabelecido, bem como de não haver uma classificação do grau de implementação final, é para que se minimize o pensamento de julgamento que em geral os critérios de pontuação ou classificação acabam indiretamente atribuindo aos processos avaliativos.

O instrumento, ora proposto, pretende, a partir da identificação de fragilidades e aspectos não contemplados na autoavaliação, fomentar a discussão e construção coletiva de uma matriz de intervenção, que deve orientar projetos de mudanças factíveis, sustentáveis e com legitimação coletiva, à luz dos padrões de qualidade estabelecidos pelo instrumento. Para tanto, deve lançar mão de diversos artifícios,

sejam eles de organização, educação permanente, trabalho interdisciplinar ou mesmo de gestão.

Além das estratégias, é muito importante estabelecer prazos e realizar pactuações de compromissos para a efetivação das ações, de forma a garantir de fato que as mudanças iniciem seu curso.

Como destacado acima, para que possa se constituir como ação crítico-reflexiva, é importante que a autoavaliação seja realizada entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos em seus diferentes âmbitos²⁵. Por este motivo, especialmente a unidade de análise “Discentes, docentes e profissionais de saúde” foi construída para que todos os atores que participam diretamente da integração ensino-serviço participem do processo de autoavaliação, pois as atividades práticas acadêmicas nas unidades de saúde deverão ser realizadas em conjunto com a equipe, e em atividades rotineiras de atenção da própria equipe. Além disso, o instrumento também possui uma unidade de análise destinada aos atores indiretos que são responsáveis pela gestão acadêmica da integração ensino-serviço.

Além do processo de autoavaliação que realiza o diagnóstico da implementação das atividades, o instrumento também serve como um guia de orientação das atividades e competências a serem desenvolvidas.

CONCLUSÕES

Acredita-se que a integração ensino-serviço tem papel relevante para a consolidação das mudanças desejadas para a formação em saúde, pois permite que o ensino ocorra em cenários reais de práticas de saúde.

Desta forma, com a integração ensino-serviço se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. Por outro lado, esta integração representa um caminho de mão dupla. As escolas articuladas com os serviços podem formar profissionais capacitados para atuar de acordo com a política de saúde vigente, e o serviço, por sua vez, se qualifica com a presença das universidades nos cenários de prática. Porém, não havendo instrumento norteador e mesmo processo de avaliação, a integração pode se dar de forma acrítica e, no contexto atual de hegemonia do modelo biomédico, o aprender fazendo ratifica a manutenção desta hegemonia.

O instrumento foi construído para as atividades realizadas na Atenção Básica, pois a leitura das DCN na definição do perfil desejado para os profissionais de saúde aponta este cenário como locus privilegiado. A justificativa é que a Atenção Básica permite o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, e ainda sob o olhar da orientação comunitária, da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado.

Sendo assim, o instrumento, na dimensão “Atividades relacionadas ao processo de trabalho”, pode ser utilizado por todos os cursos da área da saúde, ainda que não contemple questões de matriciamento, comum ao processo de trabalho na Atenção Básica para diversas profissões. Já a dimensão “Atividades relacionadas à atenção integral” tem grande aplicabilidade para os cursos de Medicina e Enfermagem, pois dizem respeito às competências no acompanhamento de ciclos populacionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

O instrumento desenvolvido tem como potencialidades ser de fácil aplicação e servir como indutor de mudança na formação e na atenção à saúde, já que a partir do preenchimento da matriz de intervenção serão desenvolvidas estratégias para melhorar as fragilidades identificadas.

A limitação de instrumentos de avaliação é que eles nem sempre refletem todas as necessidades individuais de instituições e serviços, e, por este motivo, podem e devem ser adaptados e complementados de acordo com as necessidades de quem utiliza, que corresponde ao processo de validação do instrumento, pois de forma contrária este não passará de um simples documento.

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev bras educ med.* 2008;32(4):492-9.
2. Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arq catarin med.* 2006;35(4):16-24.
3. Cutolo LRA, Delizoicov D. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
4. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 1996.

5. Canguilhem G. O normal et o patológico. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.
6. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde soc.* 2002;11(1):67-84.
7. Da Ros MA. Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
8. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev bras educ med.* 2009;33(2):262-70.
9. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão [Review]. *Cadernos do Internato Rural UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais;* 2001.
10. Almeida C. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde soc.* 1996;5(1):3-53.
11. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica [Tese]. Salvador: Universidade Federal Da Bahia; 2007.
12. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. Campos GWS et al *Tratado de saúde coletiva.* 170. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 531-62.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco e Ministério da Saúde; 2002.
14. Saúde OP-Ad. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.
15. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. Campos GWS et al *Tratado de saúde coletiva.* 170. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 783-836.
16. Gutierrez DDD. Esferas de influência nos currículos das faculdades de Odontologia das universidades públicas do Estado de São Paulo [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
17. Cutolo LRA. O SUS e a formação de recursos humanos. *Arq catarin med.* 2003;32(2):49-59.
18. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc saúde coletiva* [online]. 2010;15(3):757-62.

19. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev bras educ med.* 2012;36(1):143-8.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
22. Saúde ISAdGe. Instituto Sul Americano de Governo em Saúde. Mapeamento e análise dos modelos de Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.
23. Pereira AMM, Castro ALB, Malagón Oviedo RA, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate.* 2012;36(94):482-99.
24. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
26. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, et al. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Rev bras educ med.* 2012;36(3):387-400.
27. Costa MCG, Ramalhão CL, Pettersen AG, Pio JAT, Barbare S, Melo VFA, et al. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. *Rev bras educ med.* 2012;36(1):57-63.
28. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TdS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Rev bras educ med.* 2012;36(4):541-9.
29. Ceccim RB, Carvalho YM. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Campos GWS et al *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hicitec; 2006. p. 137-70.
30. Appolinário F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2009.

Artigo Original

Atenção à Saúde

31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
41. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine. 1990;114(11):1115-8.
42. Gil CRR, Silva AMR, Campos JJB, Baduy RS. Avaliação em saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL; 2001. p. 125-31.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

44. Medronho RA. Epidemiologia. 1 ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
45. Donabedian A. The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. International journal of technology assessment in health care. 1988;4(4):487-96.
46. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev bras saude mater infant [online]. 2005;5(1):s63-s9.