REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE DA FAMILIA: ELENCO DE SERVIÇOS OFERTADOS EM SÃO LUIS

SÃO LUÍS

MARÇO – 2014

WALQUÍRIA LEMOS RIBEIRO DA SILVA SOARES

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE DA FAMILIA: ELENCO DE SERVIÇOS OFERTADOS EM SÃO LUIS

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Profa. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, Doutora em Medicina Preventiva

SÃO LUÍS

MARÇO – 2014

Soares, Walquíria Lera .Ribeiro da Silva.

Integralidade da atenção na Saúde da Família: elenco de serviços ofertados em São Luís. / Walquíria Lemos Ribeiro da Silva. – São Luís, 2014.

101f.

Impresso por computado (fotocópia)

Orientador: Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção básica – Serviços – São Luís. 3. Unidades básicas de saúde. I. Título.

CDU 616-084(812.1)

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA SAÚDE DA FAMÍLIA:

ELENCO DE SERVIÇOS OFERTADOS EM SÃO LUÍS

Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 24 de Março de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Profº. Doutora Maria Teresa Seabra Soares
de Britto e Alves, Doutora em Medicina Preventiva
Orientadora
RENASF/Instituição

Profº. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Doutor em Políticas Públicas
Avaliador externo
Universidade Ceuma

Profº. Doutora, Liberata Campos Coimbra,
Doutora em Políticas Públicas
Avaliadora interna
Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais Osvaldelice e Antonio José (in memorian), que desde cedo me ensinaram o valor do respeito e trabalho, fé em Deus acima de tudo e amor ao próximo sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos deu a existência para que a recriemos com amor todos os dias.

Aos meus pais, por me terem dado educação, valores e por me terem ensinado a amar. A meu pai (in memoriam), nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim. Pai, meu amor eterno. À minha mãe, amor incondicional. Mãe, você que me gerou e me alfabetizou, ensinando-me a ler em seu colo durante tantas noites. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, partilho a alegria deste momento.

Ao meu marido, Élcio Bahury, que por dias e noites de tormentas não desistiu de mim e sempre teve e tem palavras amigas e de conforto, e me lembra que a cada minuto Deus está conosco e que tudo passa e sempre passará.

Aos meus irmãos e meus sobrinhos (Alice, Renata, Rafaela, Larissa e Daniel) que entenderam (às vezes nem tanto) a minha ausência em muitas (quase todas) datas comemorativas.

Muito especialmente, desejo agradecer a minha orientadora Prof. Doutora Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves, pela disponibilidade, atenção dispensada, dedicação, profissionalismo pela paciência com o meu tempo não ideal de dedicação ao projeto ... um Muito Obrigada.

À Professora Doutora Liberata Campos Coimbra, pelas importantes contribuições, por acreditar em meu trabalho, entender minhas angústias me incentivar e apoiar em todos os momentos.

Aos alunos da primeira turma do Mestrado profissional em Saúde da Família, principalmente Remédios, Vânia e Janete, por saber que posso contar com vocês sempre.

Não poderia esquecer a secretária do departamento do Renasf, Jessica, pela imensa ajuda na parte burocrática do processo.

Por fim, agradeço aos professores da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão que lutam e acreditam em uma Atenção Básica digna e de qualidade.

Divido com todos vocês mais uma etapa de minha vida.

Deus abençoe a todos!

"Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende."

Leonardo Da Vinci

SOARES, Walquíria Lemos Ribeiro da Silva**, Integralidade da Atenção na Saúde da Família: Elenco de serviços ofertados em São Luís, 2014.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 101p.

RESUMO

Este estudo buscou compreender o atributo Integralidade na estratégia Saúde da Família a partir da oferta do elenco de serviços, em uma capital do Brasil, segundo a perspectiva dos usuários, gestores e profissionais de saúde. **Metodologia**: Para alcançar os objetivos propostos, foram analisados dados produzidos por meio de um projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão", realizado no período de janeiro de 2010 a março de 2011. A população alvo foi composta por gestores, profissionais e usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família em São Luís. O instrumento de pesquisa utilizado foi o PCATool- Brasil. Entrevistando-se 882 usuários, 32 gestores e 80 profissionais de saúde. **Resultados**: Segundo usuários, profissionais e gestores o item Atendimento para crianças obteve o melhor índice de disponibilidade, um escore médio entre 5 e 6 (disponibilidade satisfatória – próxima de 100%). A oferta de pequenas cirurgias foi apontada pelos três tipos de informantes – chaves como o item menos disponível nas unidades básicas de saúde, com escore variando entre 1 a 4, obtendo de 11% a 40% de disponibilidade na estratégia Saúde da Família. **Conclusão**: A percepção do sobre o elenco de serviços ofertados na estratégia mostrou importantes diferenças entre os sujeitos. Os profissionais e gestores, na grande maioria dos itens, avaliaram melhor o serviços do que os usuário, principalmente quando considerado atendimento para crianças e vacinação infantil. Já na visão dos usuários, a disponibilidade do serviço de educação preventiva odontológica obteve avaliação de nível crítico. Há necessidade de maior proximidade da gestão com os usuários da saúde, procurando conhecer suas reais necessidades e deficiências.

Palavras-chave: Elenco de serviços, Atenção Básica, Saúde da Família.

SOARES, Walquíria Lemos Ribeiro da Silva, **Integralidade da Atenção na Saúde da Família: elenco de serviços ofertados em São Luís, 2014.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 101p.

ABSTRACT

This study sought to understand Comprehensive care in the Family Health Strategy from the services, on a capital of Brasil, from the perspective of users, managers and health professionals. Methodology: To achieve the proposed objectives , we analyzed data produced by a research project entitled " Evaluation of the quality of primary care in the National Health System in São Luís, Maranhão services " held from January 2010 to March 2011. The target population consisted of managers, professionals and registered users in the Family Health Strategy in St. Louis The survey instrument used was PCATool - Brazil . Interviewing 882 users, 32 managers and 80 health professionals. Results: According to users, professionals and managers Care item for children got the best availability rate , a mean score between 5 and 6 (satisfactory availability - close to 100 %). The provision of minor surgery was indicated by the three types of informants - keys as the item less available in basic health units , with scores ranging from 1 to 4, getting 11% to 40 % availability in the Family Health Strategy. Conclusion: The perception on the list of services offered in the strategy showed significant differences between subjects. Professionals and managers, the vast majority of items, rated the best services that users, especially when considering care for children and childhood vaccination. Already in the view of users , the availability of preventive dental education service obtained evaluating critical level. There is need for closer management with users of health in trying to understand their real needs and disabilities

Keywords: Casting services, Primary Care, Family Health

SUMÁRIO

	RESUMO.....	viii
	ABSTRACT.....	ix
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xii
1	**INTRODUÇÃO**.....	1
2	**OBJETIVOS**.....	3
2.1	**Geral**.....	3
2.2	**Específicos**.....	3
3	**REFERENCIAL TEÓRICO**.....	4
3.1	**Atenção primária à saúde**.....	4
3.1.1	Contexto Mundial.....	4
3.1.2	Contexto Brasileiro.....	6
3.2	**A Estratégia Saúde da Família**.....	8
3.3	**A integralidade da Assistência em Saúde**.....	9
3.4	**Instrumentos de Avaliação em Saúde**.....	11
4	**ARTIGO**.....	15
5	**CONCLUSÕES**.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICE A – Tabela 1. escores dos indicadores de obtenção de serviços nas unidades de saúde da família, segundo sujeito entrevistado. são luís, 2010.....	39
	APÊNDICE B – Tabela 2. elenco de serviços oferecidos nas unidades de saúde da família, segundo gestores. são luís, 2010.....	40
	APÊNDICE C – Tabela 3. elenco de serviços oferecidos nas unidades de saúde da família, segundo profissionais. são luís, 2010.....	41
	APÊNDICE D - Tabela 4. elenco de serviços oferecidos nas unidades de saúde da família, segundo usuários. são luís, 2010.....	42
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido (profissionais e gestores).....	43
	ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido (usuários).....	44
	ANEXO C – Questionário do profissional.....	45
	ANEXO D – Questionário do gestor.....	53
	ANEXO E- Questionário do acompanhante.....	61
	ANEXO F – Questionário do usuário.....	70
	ANEXO G – Parecer constansubstaciado comitê de ética em pesquisa.....	78

ANEXO H – Autorização para coleta de dados nas unidades de saúde..... 80
ANEXO I – Acordo de utilização de produtos – Fundação Oswaldo Cruz..... 81
ANEXO J – Normas de publicação da revista..... 82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
EAB	-	Equipes de Atenção Básica
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GP	-	General Practitioners
MCQ	-	Melhoria Continua da Qualidade
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	-	Primary Care Assessment Tool
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	-	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	-	Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
Unicef	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	-	Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

A estratégia de Saúde da Família (SF) representa no Brasil um modelo de reorganização e reorientação da expansão da atenção básica adotado pelo Ministério da Saúde. Tem como principal característica ações que visam promover o envolvimento e a aproximação dos indivíduos, família, comunidade e profissionais em prol da saúde. A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada a principal porta de entrada no sistema de saúde e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços de diferentes níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001e).

O reordenamento desse modelo de atenção à saúde impõe a necessidade de mudanças contínuas na qualidade e diversidade do elenco serviços ofertados pela estratégia e no processo de trabalho das equipes de saúde, demandando de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e certa autoridade para a realização de práticas transformadoras que visam a gestão das mudanças e o estreitamento dos laços entre concepção e execução do trabalho .

Apesar dos avanços inegáveis nos serviços oferecidos pela estratégia de Saúde da família, esta expansão ainda apresenta limitações como falta de profissionais, infraestrutura deficiente, processos de trabalhos inadequados à prática da atenção básica e falta de integração com os demais pontos do sistema de saúde. Além disso, ainda persiste uma grande heterogeneidade em sua implantação e reflexão sobre os processos de trabalho mais adequados a nossa realidade, tornando relevantes processos de avaliação destes serviços, como forma de gerar subsídios para a tomada de decisão por parte dos gestores, trabalhadores e instâncias do controle social. Nesta perspectiva, é de caráter essencial o desenvolvimento e validação de tecnologias capazes de avaliar nacionalmente os serviços de atenção básica. Especialmente, mensurar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde definidos por Starfield (2002), já que sua existência e extensão associam-se aos melhores desfechos.

Desde a década de 90, São Luís vem atravessando várias dificuldades, advindas de uma política de saúde estadual descentralizada caracterizada pela fragmentação das ações e dos serviços, que evidenciaram a fragilidade de um sistema com dificuldades de articulação e hierarquização dos serviços, o que acarretou até os dias de hoje em uma atenção básica em

descompasso em relação aos avanços obtidos em outras regiões e entre os estados do Nordeste. Em São Luís do Maranhão, a primeira equipe de Saúde da Família foi implantada em setembro de 1994, no bairro Coroadinho (Vila São Sebastião). Em 2002, houve incremento das equipes, passando de 10 equipes (5% de cobertura populacional) para 47 equipes (17% de cobertura populacional). Em 2004, houve novo avanço na cobertura populacional, passando de 49 equipes (17,3% de cobertura populacional) para 82 equipes (29,27% cobertura populacional). No momento o município conta com 104 (100%) equipes que atuam no atendimento diário nas Unidades Básicas da capital.

A importância deste estudo consiste na oportunidade de avaliar o elenco de serviços ofertados pela estratégia de SF sob o ponto de vista dos atores envolvidos e como esse atributo essencial da atenção básica pode contribuir para fomentar o potencial de mudança do modelo assistencial de saúde no referido município.

Importa destacar que o interesse pelo presente estudo surge por considerar relevante e importante a temática da estratégia Saúde da Família assim como seus atributos, por fazerem parte dos principais temas da agenda nacional. Esse interesse também decorreu de minha formação acadêmica durante o período em que fui residente médica do Programa de Medicina de Família e Comunidade ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, que tinha como objetivo principal, formar profissionais capacitados a trabalhar e promover o fortalecimento da Atenção Básica no município acima mencionado.

Este estudo pretende avaliar a Integralidade da Atenção na Saúde da Família: elenco de serviços ofertados em São Luís por meio da aplicação do Primary Care Assessment Tool (PCATool) nos profissionais de saúde, gestores e usuários da ESF no município de São Luís.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

O Avaliar o Elenco dos Serviços oferecidos pela Atenção Básica (AB), no município de São Luís, no Maranhão.

2.2 Específicos

•Descrever o elenco de serviços ofertados pela estratégia de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde.

•Comparar o elenco de serviços ofertados segundo a perspectiva dos sujeitos envolvidos

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Atenção Primária à Saúde

3.1.1 Contexto Mundial

A primeira ação governamental formal de organizar um nível primário de atenção data de 1920, na Grã-Bretanha, quando, por iniciativa do Partido Trabalhista, um conselho formado por representantes do Ministério da Saúde e dos profissionais médicos privados propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população. Nesse documento, conhecido como Relatório Dawson (nome do presidente do conselho), o centro de saúde é definido como "uma instituição equipada para serviços médicos preventivos e curativos a serem prestados sob condução dos médicos generalistas (general practitioners – GP) do distrito em cooperação com serviços de enfermagem eficientes e apoio de especialistas" (ROEMER, 1985).

O marco histórico mundial da atenção primária à saúde foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, uma das repúblicas da União Soviética na época. A União Soviética se opôs inicialmente à temática da conferência, mas acabou por se oferecer para sediar o evento, contribuindo com apoio financeiro substancial, em virtude do avanço do movimento em defesa da APS em todo o mundo (CUETO, 2004). A conferência contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado, tendo sido ratificado somente em 1979 pela Assembléia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000.

A Declaração de Alma-Ata afirmava que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro bem próximo, definindo cuidados primários de saúde como

> Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação (OPAS/OMS, 1978).

De acordo com Piancastelli (2001), mesmo que já houvesse "um espaço de primeiro contato na atenção à saúde, a consolidação da APS, como doutrina, ocorreu durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde". Segundo Heimann e Mendonça (2005), a Conferência lançou uma primeira aproximação entre a APS e os cuidados primários em saúde.

Ainda em 1979, a Fundação Rockefeller promoveu, na Itália, uma reunião com a colaboração de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nesse evento foi discutida uma nova perspectiva: atenção primária à saúde seletiva, como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (CUETO, 2004).

A partir da década de 80, o termo atenção primária seletiva passou a ser usado para designar um pacote de intervenções de baixo custo que visava combater as principais doenças em países pobres. A princípio proposta como estratégia interina e consolidada posteriormente como complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento (Giovanella, 2006). Nesse contexto, pode-se dizer que, no Brasil, o uso do termo 'atenção básica' para designar a atenção primária no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais (MATTA, MOROSINI, 2006).

Em 1992, Starfield (2002) sistematiza o conceito de APS por meio da definição de atributos essenciais e derivados, como o primeiro nível de assistência caracterizado, principalmente, pela longitudinalidade e pela integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais.

3.1.2 Contexto Brasileiro

No cenário brasileiro, o nível de atenção à saúde que incorpora a abordagem da APS denominou-se Atenção Básica (AB). Esta formulação foi feita com intuito de "construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção" (TEIXEIRA, 2006).

Ribeiro et al. (2007) relata que data da década de 1920, a proposta de criação de serviços de saúde básicos permanentes pelo movimento médico-sanitário que propôs a implantação de Centros de Saúde inspirados no modelo americano dos "Health Centers". Estes Centros de Saúde eram concebidos para atuar numa lógica de integração de ações de combate a vários agravos, contemplando ações coletivas e de prevenção de agravos individuais para grupos específicos. Entretanto, esta proposta fracassa e não se torna hegemônica, tanto pela manutenção de resquícios do "modelo campanhista", quanto pelo surgimento do modelo "médico-previdenciário" que garantia aos seus segurados atendimento médico individual. Acho que vale a pena conceituar os dois modelos.

Giovannella e Mendonça (2009) descreve que na década de 1940, as reformas administrativas do Ministério da Educação e da Saúde Pública aprofundaram a centralização e a verticalização das ações de saúde pública a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas, como malária, hanseníase, tuberculose etc., e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, fato esse que não alterou a dualidade entre serviços de saúde pública e assistência médica. Esse tema foi exaustivamente debatido em 1963, durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando se confrontaram duas perspectivas: uma caracterizava-se como unificadora, estruturada em torno de um conjunto de ideias designadas como sanitarismo desenvolvimentista, que apresentava propostas de descentralização do sistema e soluções médicas e sanitárias mais próximas dos problemas de saúde e da população; e outra caracterizada por ideias do setor securitário, que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social (GIOVANNELLA; MENDONÇA, 2009).

Durante a década de 70 e início dos anos 80, existia no Brasil movimentos pacíficos de resistência ao governo da ditadura militar, oriundos de setores democráticos e populares da sociedade civil, entre os quais o chamado Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária

(ANDRADE, PONTES, MARTINS, 2000; CONASEMS, 2007), que teve sua expressão máxima na 8.ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2006), onde delineou-se os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto posteriormente pela Constituição de 1988. Estruturado como um sistema universal e gratuito, o SUS vem se consolidando e apontando a APS como local preferencial do primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

Em 2006, foi publicada a Portaria MS nº 648, a respeito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O documento apresenta a seguinte definição para a AB:

> "A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 10)".

Esta forma de organização dos serviços incorporou várias características da APS, porém identificada como AB. A denominação de AB é anterior a essa Portaria e prevaleceu ao termo APS nos anos 1990, como pode ser observado nos vários documentos daqueles anos referentes às políticas de saúde e à própria AB. Teixeira (2006) identifica a APS como tendo sido "renomeada" no Brasil para AB e alguns autores consideram APS e AB sinônimos, como fizeram Piancastelli (2001) e outros, citados por Gil (2006). Em realidade, não existem bases que diferenciem as abordagens de AB e APS: suas características, definições e ênfases apontam para o mesmo caminho.

A incorporação das propostas da Atenção Primária à Saúde nas práticas e organização dos serviços de saúde no Brasil tem ocorrido de forma intensa. No entanto, antes que as estratégias internacionais para promover a extensão da APS a partir de Alma-Ata se delineassem, várias experiências no país já tinham sido levadas a cabo no sentido de estruturar redes básicas calcadas na Saúde Pública e na atenção ambulatorial, estimulando a participação das populações ou o trabalho de agentes de saúde (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

3.2 A Estratégia Saúde da Família

Diante da necessidade vigente de reorganizar os serviços de saúde do país e impulsionado pelos movimentos internacionais, principalmente com as propostas surgidas e acordadas em Alma-Ata em 1978, O Brasil começa a desenvolver ações pautadas na atenção primária em saúde.

A realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1996, representou um marco historio para mudanças importantes no setor saúde, o documento final produzido durante esta conferencia serviu de base para o processo de criação do Sistema único de Saúde – SUS, alicerçado na concepção de direito à saúde e à cidadania com princípios fundamentais de integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade (CORDEIRO, 1991).

Em 1991, o governo federal implantou o Programa de Agentes Comunitários (Brasil, 2008). Desde 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família - posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família - o MS vem orientando a expansão e a qualificação da atenção básica, organizada por este modelo, como um dos componentes das prioridades políticas apresentadas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004a). Em 2003, através do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o MS passou a apoiar financeiramente os grandes centros com vistas a aumentar a cobertura e qualificar a ESF (BRASIL, 2004b). Em 2008 havia 29.300 equipes de saúde da família implantadas em 5.235 municípios brasileiros (94,1% do total), representando uma cobertura populacional de 49,51% (BRASIL, 2004c).

Outro movimento importante do MS foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para o fortalecimento da AB e do SUS, especialmente no que concerne à integralidade da atenção, a descentralização, tornando possível por meio de incentivo financeiro, que cada território de acordo com a realidade local possa ampliar o escopo das ações da AB bem como sua resolutividade (BRASIL, 2008).

Em São Luís, a primeira equipe de Saúde da Família foi implantada em setembro de 1994, utilizando-se da estrutura física existente na Unidade Mista do Coroadinho. O bairro escolhido foi a Vila São Sebastião por indicação dos Agentes Comunitários de Saúde e aprovação do Conselho de Saúde local. Em 1996, foram implantadas mais nove equipes na

zona rural no Distrito de Vila Esperança, nos seguintes bairros: Santa Bárbara, Vila Itamar, Tibiri, Maracanã, Pedrinhas I, Pedrinhas II, Itapera, Quebra-Pote, Estiva (NOBRE, 1999).

Nicolau (2009), em estudo realizado no município de São Luís, revela que entre os anos de 2002 e 2004, houve importante avanço na estratégia SF com incremento das equipes, passando de 10 equipes (5% de cobertura populacional) para 82 equipes (29,27% cobertura populacional). Porém entre os anos de 2004 a 2007, o município enfrentou período delicado na área de saúde ocorrendo aumento de apenas 5 (cinco) equipes em 3 (Três) anos de gestão o que representou um aumento de apenas 6,53% na cobertura populacional.

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde na competência de fevereiro de 2014 o município de São Luís, possui 100 equipes de SF cadastradas e em atividade.

Com o intuito de estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia SF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) as ações da AB no país, O Ministério da Saúde expediu a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Essa resolução define novas estratégias de fortalecimento da AB. Dentre as propostas contidas na nova Política Nacional da Atenção Básica estão: Implementação de diversos formatos de equipes de SF, inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios contemplados com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Melhorias e estímulos para criação de UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. Promoveu ainda a universalização do Programa Saúde na Escola e expansão para creches; implantação de mais de 4 mil pólos da Academia da Saúde até 2014; Com finalidade de aumentar o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar, criaram-se as equipes do Melhor em casa; Visando a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação, o Telessaúde assumiu papel importante nas novas ações da AB (BRASIL, 2012)

3.3 A Integralidade da Assistência em Saúde

Integralidade, numa primeira abordagem, é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988 (MATTOS, PINHEIRO, 2001). De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; refere-se ao art. 198 "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços

assistenciais" (BRASIL, 1988). Porém o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz.

De acordo com Starfield (2002), essa diretriz corresponde a um atributo da AB que pode ser caracterizado seguinte forma:

> A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de atenção primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais. Este último tipo é particularmente importante, já que todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social que frequentemente predispõe ou causa enfermidades.

Pena e Viegas (2013) relatam que por princípio doutrinário constitucional e fundamental do SUS, a integralidade representa um grande desafio para o sistema de saúde brasileiro, em relação ao processo de construção, implantação e consolidação de um modelo assistencial que tem sua base e suas diretrizes fundamentadas na promoção, prevenção, cura e reabilitação. Isso implica em ações voltadas para a qualidade de vida das pessoas. Sendo assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como um importante desafio ao visualizar uma ruptura com o modelo assistencial vigente (biomédico) e a construção de uma nova prática, centrada no usuário. Para tanto, necessita de práticas remodeladas que visem um novo modo de construir o cuidado e o surgimento de novos sujeitos em ação, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos (MERHY, 2007).

Pode-se dizer ainda que, a integralidade das ações em saúde é um princípio permeado pelas relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de Saúde da Família e a população do território como forma de concretizar as ações e possibilitar o acompanhamento dos processos ao longo do tempo. Estas características compõem as bases do vínculo, responsabilização e resolutividade. Esse princípio funda-se nas relações entre as equipes e a população adscrita e os meios disponíveis para desenvolver as ações. Assim, tem-se como

características o planejamento, a organização e o processo de trabalho (MATTOS, 2006; BRASIL, 2006).

De acordo com esse enfoque, as unidades de serviços de saúde constituem-se, na porta de entrada das diversas demandas existentes, e a compreensão da realidade social como um bloco indivisível, determina o processo de trabalho dos atores sociais envolvidos. A compreensão desta dimensão pode desencadear ações sobre as causas ou os riscos do adoecer em um determinado território, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, abarcando a apreensão quanto às demandas sociais emergentes no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família (MATTOS, 2006).

3.4 Instrumentos de Avaliação em Saúde

De acordo com Contandriopoulos (2006, p. 706):

> "os sistemas de saúde estão em crise no mundo inteiro. A crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar gastos públicos (e consequentemente os gastos com a saúde), do outro, nos dão a sensação de o sistema de saúde não corresponder mais às necessidades da população, de ter sua viabilidade comprometida. Resumindo, ele necessita de reformulação e aprofundamento. Para tanto, é imperioso que as decisões, tanto dos gestores e planejadores como dos clínicos, se baseiem em conhecimentos científicos sólidos".

A avaliação pode ser definida como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, posicionarem-se e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No Brasil desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) promove e financia, estratégias para avaliação e monitoramento da Atenção Básica em conjunto com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e também instituições de ensino e pesquisa. Entre estas investigações, encontram-se os estudos que compuseram a “Linha de Base do Programa de Expansão e

Consolidação do Saúde da Família (Proesf)" (ROCHA et al. 2008). O primeiro e mais difundido instrumento nacional concebido neste processo foi o Pacto de Indicadores da Atenção Básica que se apresentava como uma estratégia de acompanhamento de indicadores de saúde e formalização de metas entre Municípios, Estados e União e que teve grande difusão entre as Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS, 2004).

Dando continuidade ao movimento de institucionalização da ABS e devido ao crescimento acelerado da cobertura da ESF, o Ministério da Saúde, inicia em 2005, a Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2005), tendo como finalidade reforçar a prática da avaliação contínua como instrumento para a tomada de decisão assim como servir de elemento orientador para a resolução de problemas em busca da melhoria da qualidade. O AMQ Constitui-se num instrumento de auto-avaliação, de fácil manuseio, que articula elementos da avaliação normativa e da Melhoria Continua da Qualidade (MCQ), para ser aplicado periodicamente a gestores e trabalhadores de forma voluntária. Seu texto técnico propõe um modelo (DONABEDIAN, 1980) de avaliação que considera elementos das estruturas (insumos, equipes, materiais, recursos humanos, ambiente físico e organização normativa), dos processos (organizativos, técnico-científicos e interpessoais) e dos resultados (acesso, adequação e efetividade, bem como a mudança/melhoria no perfil epidemiológico da população assistida), tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais na ESF. Nesta perspectiva, Objetiva envolver trabalhadores e gestores em processos de reflexão, operacionalização e sustentabilidade da própria estratégia, subsidiando o diagnóstico situacional e o planejamento de intervenções.

Dentre os instrumentos de avaliação quantitativa, destacam-se os estudos que utilizaram o Primary Care Assessment Tool (PCATool) que em revisão sistemática recente, apresentou-se como o único instrumento que obteve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo (MALOUIN, STARFIELD, SEPÚLVEDA, 2009). Esta ferramenta apresenta originalmente versões auto aplicáveis para profissionais, versões destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto) e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Foi criado por Starfield & cols durante suas atividades no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations. Foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1998). O PCATool

mede a presença e a extensão dos atributos derivados e sistematizados por Starfield (HARZHEIM et al, 2010; STARFIELD, SHI, 2009):

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: definido como o primeiro contato ou uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema. Entende-se que o profissional/serviço é a porta de entrada no sistema de saúde, exceto para os casos de emergências, resolvendo o problema ou servindo como facilitador no direcionamento do paciente para outros níveis de atenção;
- Longitudinalidade: compreendida como uma fonte continuada de cuidado que deve ser utilizada ao longo do tempo, mesmo na ausência de doença. Este uso regular deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse;
- Orientação comunitária: capacidade de reconhecer as necessidades em saúde da comunidade, através do contato direto com a população e de dados epidemiológicos, bem como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- Integralidade: refere-se à existência de uma ampla gama de serviços na APS, buscando responder às mais variadas necessidades em saúde. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Incluem-se aqui as ações que não estão disponíveis nos serviços de APS e requerem encaminhamento a outros níveis de atenção;
- Coordenação – corresponde à capacidade de integrar o cuidado ofertado nos diversos pontos do sistema de saúde, permitindo o reconhecimento de problemas abordados e ações realizadas em outros serviços, seja por meio do atendimento pelo mesmo profissional ou de sistemas de informação, possibilitando o cuidado integral;
- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): refere-se ao reconhecimento de que o contexto familiar interfere no processo saúde doença e que o adoecer tem consequências sobre o arranjo familiar. Baliza-se também pelo direito de participação e responsabilidade da família nos cuidados a seus membros. Inclui-se o uso de ferramentas de abordagem;

- Orientação comunitária: capacidade de reconhecer as necessidades em saúde da comunidade, através do contato direto com a população e de dados epidemiológicos, bem como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- Competência Cultural: capacidade dos profissionais de reconhecer, compreender e respeitar as características culturais da população, bem como sua influência na saúde, acrescidas da habilidade de comunicar-se adequadamente, gerando ações e comportamentos de manutenção e promoção da saúde.

Nesse estudo utilizaremos o Instrumento PCAtool, que sob a visão de Donabedian (1998), consideram na sua avaliação elementos de estrutura e processo, mensurados através dos atributos da APS avaliados em ambas dimensões. Os elementos de estrutura aferidos incluem acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Já os elementos de processo incluem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (HARZHEIM et al, 2010; STARFIELD, SHI, 2009). Obtendo-se, a partir desta análise, um conjunto de escores de cada atributo que são consolidados em um escore global, caracterizando o grau de orientação do serviço para APS. Estas ferramentas foram validadas e demonstraram sua capacidade de avaliar a qualidade do cuidado na APS oferecidos por serviços e sistemas de saúde em diversos contextos culturais (SHI, STARFIELD, XU, 2001, PASSARIN, 2007; STARFIELD, SHI, 2009).

4 ARTIGO

Integralidade da atenção na Saúde da Família: elenco de serviços ofertados em São Luís

Comprehensive care in the family health: services offered in St. Louis

Walquíria L.R da S. Soares

Maria Teresa S. S. B. Alves

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

A ser submetido a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

RESUMO

Objetivo: Este estudo buscou compreender Integralidade na estratégia Saúde da Família a partir da oferta do elenco de serviços, em uma capital do Brasil, segundo a perspectiva dos usuários, gestores e profissionais de saúde. **Metodologia**: Para alcançar os objetivos propostos, foram analisados dados produzidos por meio de projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão", realizado no período de janeiro de 2010 a março de 2011. A população pesquisa foi composta por gestores, profissionais e usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família em São Luís. O instrumento de pesquisa utilizado foi o PCATool - Brasil Foram entrevistados 882 usuários, 32 gestores e 80 profissionais de saúde. **Resultados**: Segundo usuários, profissionais e gestores o item Atendimento para crianças obteve o melhor índice de disponibilidade, um escore médio entre 5 e 6 (disponibilidade satisfatória – próxima de 100%). A oferta de pequenas cirurgias foi apontada pelos três tipos de informantes como o item menos disponível nas unidades básicas de saúde, com escore variando entre 1 a 4, obtendo de 11% a 40% de disponibilidade na estratégia Saúde da Família. **Conclusão**: A percepção do sobre o elenco de serviços ofertados na estratégia mostrou importantes diferenças entre os sujeitos. Os profissionais e gestores, na grande maioria dos itens, avaliaram melhor o serviços do que os usuário, principalmente quando considerado atendimento para crianças e vacinação infantil. Já na visão dos usuários, a disponibilidade do serviço de educação preventiva odontológica obteve avaliação de nível crítico. Há necessidade de maior proximidade da gestão com os usuários da saúde, procurando conhecer suas reais necessidades e deficiências.

SUMMARY

Objective: This study sought to understand Comprehensive care in the Family Health Strategy from the services, on a capital of Brasil, from the perspective of users, managers and health professionals. Methodology: To achieve the proposed objectives, we analyzed data produced by the research project entitled " Evaluation of the quality of primary care in the National Health System in São Luís, Maranhão services “, conducted from January 2010 to March 2011. The study population consisted of managers, professionals and registered users in the Family Health Strategy in St. Louis The survey instrument used was PCATool Brazil - 882 users, 32 managers and 80 health professionals were interviewed. Results: According to users, professionals and managers Care item for children got the best availability rate, a mean score between 5 and 6 (satisfactory availability - close to 100 %). The provision of minor surgery was indicated by the three types of informants as the item less available in basic health units, with scores ranging from 1 to 4, getting 11% to 40 % availability in the Family Health Strategy. Conclusion: The perception on the list of services offered in the strategy showed significant differences between subjects. Professionals and managers, the vast majority of items, rated the best services that users, especially when considering care for children and childhood vaccination. Already in the view of users, the availability of preventive dental education service obtained evaluating critical level. There is need for closer management with users of health in trying to understand their real needs and disabilities.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio trata de comprender la Totalidad en la Estrategia de Salud de la Familia de la oferta de servicios de reparto, en una capital de Brasil, desde la perspectiva de los usuarios, gestores y profesionales de la salud. Metodología: Para alcanzar los objetivos propuestos, se analizaron los datos producidos por el proyecto de investigación titulado " Evaluación de la calidad de la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud en São Luís, Maranhão servicios “, llevado a cabo entre enero de 2010 marzo de 2011. La población de estudio consistió de gerentes, profesionales y usuarios registrados en la Estrategia de Salud de la Familia en San Luis El instrumento de la encuesta utilizada fue PCATool Brasil - 882 usuarios, 32 directivos y 80 profesionales de la salud fueron entrevistados. Resultados: Según los usuarios, los profesionales y los gestores de punto de atención para los niños tuvieron la mejor tasa de disponibilidad, una puntuación media entre 5 y 6 (disponibilidad satisfactoria - cerca del 100 %). La provisión de una cirugía menor fue indicado por los tres tipos de informantes como el elemento menos disponible en las unidades básicas de salud, con puntuaciones que van de 1 a 4, consiguiendo un 11% a la disponibilidad del 40% en la Estrategia de Salud de la Familia. Conclusión: La percepción de la lista de servicios que se ofrecen en la estrategia mostró diferencias significativas entre los sujetos. Profesionales y directivos, la gran mayoría de los artículos, valorados los mejores servicios que los usuarios, especialmente cuando se considera el cuidado de los niños y la vacunación infantil. Ya en la opinión de los usuarios, la disponibilidad de servicios de educación dental preventiva obtiene evaluando nivel crítico. Existe la necesidad de gestión más estrecha con los usuarios de la salud para tratar de entender sus necesidades y discapacidades reales.

INTRODUÇÃO

Os debates sobre a integralidade em saúde tem sua origem nos anos 1960, influenciados pelas críticas e questionamentos às abordagens fragmentadas no ensino médico adotado nos Estados Unidos da América (EUA). A metodologia adotada na formação desses profissionais era vista, também, como reducionista, já que o conhecimento médico ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas em detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do indivíduo e do processo de adoecimento, nas diversas especialidades [(1)].

No Contexto Brasileiro, a partir de movimentos emanados da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a integralidade em saúde passou a fazer parte da pauta das políticas governamentais. Esse período foi marcado pela busca de modelo de saúde universal, integral e descentralizado. Nesse sentido, a Carta Magna de 1988 constituiu-se no ponto culminante para o qual convergiram tais mudanças [(2)].

Com a implementação do SUS em 1990, o termo integralidade foi empregado sob diversas formas: articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde; integração entre o setor público e privado; proposta de modelo de atenção e importante diretriz na gestão dos serviços em saúde [(3)].

Durante a década de noventa e início dos anos 2000, a Atenção Básica teve uma expansão exponencial no Brasil, principalmente em relação à organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, por meio da introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as ações inovadoras incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de saúde, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção [(4)]. A partir desse período, a Estratégia Saúde da Família, tornou-se um marco das políticas de saúde no País.

Surge a necessidade de avaliar o alcance dessa reestruturação e, mais amplamente, o impacto dessas inovações na organização da Atenção Básica na provisão de serviços e os resultado na saúde da população com a organização dos serviços a nível local [(5)]. Nesse contexto, Starfield et al. [(6)] propuseram um instrumento de avaliação da atenção básica denominado Primary Care Assessment Tool PCATool. Esta ferramenta foi adaptada e validada no Brasil com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian [(7)]. O PCATool-Brasil, mensura a extensão dos atributos da APS através da análise dos aspectos de estrutura e processo buscando qualidade para o planejamento e execução das ações de Atenção Básica [(7)].

Para Starfield et al.[6], entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária em saúde: acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). É importante esclarecer que, as dimensões "Elenco de serviços" (comprehensiveness, no termo original utilizado por Starfield) e "Coordenação" integram estruturas que, no conceito brasileiro, são considerados como fazendo parte do termo "integralidade" definido por Pinheiro & Matos[(8)].

Assim, este estudo objetiva estudar a Integralidade da atenção na Estratégia de Saúde da Família em São Luís do Maranhão, através do atributo elenco de serviços ofertados e comparar essa oferta segundo a perspectiva dos sujeitos envolvidos.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, foram analisados dados produzidos por meio do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão", realizado no período de janeiro de 2010 a março de 2011.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal avaliativo com abordagem quantitativa descritiva sobre aspectos distintos observados na Estratégia de Saúde da Família em relação a um dos atributos essenciais da Atenção Básica: a integralidade da atenção em saúde.

População e amostra

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2010 a março de 2011 em São Luís. Este município, no ano de 2010, possuía a população de 1.011.943 habitantes e contava com 89 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 39 Unidades de Saúde, que resultava em um cobertura de aproximadamente 30,3% da população.

A população alvo foi composta por gestores, profissionais e usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Luís.

Em relação aos gestores, adotou-se como critério para inclusão no estudo, experiência na função de gestão da ESF por pelo menos seis meses e dos profissionais, exigiu-se atuação na equipe por pelo menos seis meses.

Para a realização da seleção dos profissionais e gestores não houve sorteio. Todos os 54 gestores (12 supervisores de área da ESF, 39 diretores de USF, e três coordenadores de ações de nível central da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS foram considerados elegíveis), Todos os profissionais de saúde, sendo 89 médicos e 89 enfermeiros das 89 equipes que encontravam-se em atividade no período da coleta de dados também foram considerados elegíveis.

Dos 54 gestores selecionados, apenas 32 foram entrevistados, havendo perda de 35,9%. No decorrer da coleta de dados verificou-se que somente 79 equipes de saúde da

família estavam em atividade, totalizando 158 profissionais médicos e enfermeiros em atividade no período. Destes, apenas 80 foram entrevistados, sendo 22 médicos e 58 enfermeiros, havendo uma perda de 49,9%.

Os usuários foram selecionados por processo de amostragem por conglomerado em duas etapas. Na primeira etapa foram selecionadas aleatoriamente 20 das 39 Unidades de Saúde da Família. Nas 20 unidades sorteadas existiam 44 Equipes de Saúde da Família em funcionamento, estas foram automaticamente selecionadas para o estudo.

Para segunda etapa foi calculado tamanho amostral de 834 usuários, acrescidos de 10% no intuito de cobrir possíveis perdas, totalizando 917 usuários a serem selecionados nas 44 ESF. Para o cálculo da amostra foi necessário controlar a correlação intraclasse multiplicando-se o tamanho da amostra pelo efeito do desenho. O número de entrevistados por equipe, foi obtido pela divisão do tamanho amostral pelo número de equipes e resultou em 20.8, que foi aproximado para 21 usuários, aumentando o número total de entrevistas esperadas para 924. Os usuários foram selecionados nas Unidades de Saúde em dias e turnos diferentes.

Finalizada a coleta de dados, foram entrevistados 882 usuários, havendo perda de 4,5%, haja vista que uma das Unidades de Saúde se encontrava fechada por falta de condições de funcionamento durante o período da coleta, o que determinou que a coleta fosse realizada em 19 Unidades de Saúde.

Os usuários presentes nas USF no momento da visita forma incluídos no estudo, desde que obedecessem os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir cadastro na ESF há pelo menos seis meses, ter recebido atendimento anteriormente pela equipe de ESF e estar aguardando ou já ter recebido atendimento no momento da visita. Forma incluídas ainda todas as gestantes e mulheres que já tinham filhos, independente da sua idade. Em relação aos usuários menores de idade ou incapacitados, o respondente do

questionário foi o acompanhante, que deveria ter acompanhado anteriormente o usuário na UBS em outra oportunidade e ter pelo menos 18 anos (exceção feita às mães menores acompanhando crianças).

Instrumentos de Pesquisa

O questionário foi preparado a partir da adaptação de instrumentos componentes do PCATool, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de John Hopkins [(9)]. A versão utilizada no presente inquérito foi adaptado à realidade brasileira em estudos realizados em Petrópolis de acordo com Almeida; Macinko[(10)] e em São Paulo segundo Ibañez et al.[(11)]. No estudo realizado no Município de Petrópolis, o objetivo da pesquisa foi validar a metodologia de avaliação rápida para aferir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no SUS a partir de dados secundários e informações obtidas através dos gestores, profissionais e usuários por meio dos questionários do PCAtool adaptados para a realidade brasileira. Já no Estado de São Paulo o objetivo da pesquisa foi avaliar o desempenho da atenção básica em municípios com mais de 100 mil habitantes a partir de dados coletados com gestores, profissionais e usuários da atenção básica por meio dos mesmos instrumentos utilizados no estudo de Petrópolis realizado por Harzheim et al.[(12)].

Nesta análise foram utilizados quatro tipos diferentes de questionários, a aplicação dos mesmos foi baseado na natureza do entrevistado-chave: gestores da rede, profissionais que atuavam na ESF, usuários e acompanhantes de usuários das UBS selecionadas de acordo com recomendações do estudo de referência.

Os quatro modelos de questionários utilizados tinham em média 100 perguntas, que correspondiam a indicadores relacionados com as dimensões da atenção básica, onde se incluía a dimensão sob estudo nesta pesquisa, avaliação do elenco de serviços oferecidos pela atenção básica na estratégia de saúde da família.

Para todos os avaliados no estudo, foram utilizadas seis opções de respostas para cada pergunta e essas opções eram iguais para cada tipo de entrevistado. Cada resposta foi então convertida em um escore que variou de 1 a 6 e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) e quanto maior o escore, melhor a avaliação feita e maior o percentual de obtenção do atributo. Com a finalidade de imprimir juízo de valor à avaliação feita, foram estabelecidas nomenclaturas de classificação do grau de obtenção do atributo em crítico, parcialmente disponível e disponível, de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 1 - Tipos de respostas e parâmetros de classificação do percentual e grau de obtenção dos componentes do elenco de serviços oferecidos na Estratégia de Saúde da Família. São Luís,2010.

Parâmetros	Tipo de resposta					
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Escores	1	2	3	4	5	6
Percentual de Obtenção	0%	1% - 20%	21% - 40%	415 – 60%	61% - 80%	81% - 100%
Grau de obtenção	Crítico		Parcialmente disponível		Disponível	

A resposta de cada avaliado foi somada e o valor médio de todas as perguntas foi calculado de acordo com o informante entrevistado. Estas respostas foram analisadas individualmente e segundo o tipo de entrevistado. O fato das perguntas e escalas serem iguais para usuários, profissionais nas unidades e gestores do sistema entrevistados facilitou a comparação entre diferentes tipos de organização de serviços e diferentes fontes de dados[6].

Além das respostas apresentadas, havia também as opções “recusa” e “não se aplica”, que foram codificadas na análise com valores em branco e retiradas da análise.

Dentre os indicadores analisados no atributo Elenco de Serviços Oferecidos, vinte e quatro eram comuns aos questionários dos três tipos de respondentes, quais sejam: vacinação para crianças, atendimento para crianças/adolescentes, atendimento para adultos, atendimento para idoso, controle pré-natal, serviços de planejamento familiar, atendimento DST/AIDS, programa de tuberculose, controle de doenças epidêmicas, atendimento doenças crônicas, tratamento/controle diabetes, tratamento controle/hipertensão, tratamento/controle pequenos ferimentos, pequenas cirurgias, conselhos sobre uso de álcool e tabaco, conselhos sobre drogas ilícitas, problemas de saúde mental, conselhos sobre alimentação e nutrição, educação sobre violência doméstica, educação sobre acidentes domésticos, educação preventiva odontológica e atendimento odontológico.

Mesmo sabendo-se que o PCAtool é um instrumento originado em outros contextos[8,12] na qual a atenção básica está inserida em sistemas de saúde organizados de formas diferentes do SUS, os aspectos avaliados por essa ferramenta no presente artigo (elenco de serviços) estão coerentes e compatíveis com as propostas da ESF no Brasil. Não evidenciou-se a necessidade de retirada ou inserção de indicadores no estudo.

Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada por equipe treinada em todas as etapas da pesquisa e composta por alunos de iniciação cientifica, mestrandas da Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, e alunos voluntários dos cursos de graduação em medicina e enfermagem. Realizou-se estudo piloto prévio em uma UBS do município, o que possibilitou ajustes e adequações pertinentes ao bom andamento da

pesquisa.

Aproximadamente 12,7% dos profissionais e 12,8% dos gestores foram excluídos da pesquisa por não atenderem ao critério de inclusão, assim como também: cerca de 15,8% dos profissionais e 7,7% dos gestores, por recusa em participar da pesquisa; 14,5% dos profissionais e 15,4% dos gestores, por apresentarem impossibilidade de comunicação (via telefone ou por visita nas Unidades de Saúde); e 6,4% dos profissionais, por estarem de licença ou férias no período da pesquisa. Dessa forma obteve-se o total de 32 gestores e 80 profissionais respondentes.

Ao todo foram entrevistados 650 usuários e 233 acompanhantes de usuários menores de idade ou incapacitados, totalizando 883 entrevistas.

Analise dos dados

A divisão entre usuários e acompanhantes foi utilizada somente para a coleta de dados. Os dados pertencentes aos usuários maiores de 18 anos, menores de idade e incapacitados foram agregados e todos foram denominados usuários para a realização da análise estatística dos dados.

Todos os escores das perguntas sobre elenco de serviços foram somados e a média dessa soma representou o índice Composto de oferta de Serviços.

A análise, das variáveis e categorias, foi realizada descritivamente por meio da escala de Likert, que varia do nunca ao sempre, com porcentagens de extensão do atributo de 0% a um intervalo de 81-100% de obtenção do mesmo e que varia com escores de 1 a 6. Foram utilizados os softwares STATA 10.0 e EPI-INFO 3.2 para processamento e conclusão da análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 23115008870/2009-76. As entrevistas iniciaram-se somente após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os princípios éticos e legais da resolução nº 196/96 e suas complementares.

RESULTADOS

Considerando o perfil dos profissionais e gestores entrevistados, observou-se que dos profissionais, 72,5% eram enfermeiros e 27,5% médicos. O nível especialização foi a maior titulação para 93,7% dos profissionais e 47,8% destes trabalhavam na estratégia de saúde da família no período de tempo compreendido de 13 a 24 meses.

O perfil dos gestores, demonstrou que 62,5 % exerciam o cargo de diretores das Unidades de Saúde, 31,3% eram coordenadores de área da ESF e 6,2% trabalhavam como coordenadores no nível central da SEMUS de São Luís. Em relação à titulação acadêmica, a maioria (71,9%) possuía Especialização, 9,3% possuíam o grau de Mestre e 15,7% eram apenas graduados.

A análise das principais características demográficas e socioeconômicas dos usuários mostrou que 72,6% eram do sexo feminino; 19,3 % tinham menos de 10 anos de idade, 8,3% tinham de 10 e 19 anos; 44,6% estavam na faixa de 20 e 59 anos e 13,1% possuíam 60 anos ou mais. Um percentual de 32% dos usuários possuía ensino fundamental incompleto.

O índice composto da avaliação do elenco de serviços oferecidos na ESF obtido entre usuários (3,50), profissionais (4,71) e gestores (5,05) apresentou diferença estatisticamente significante e valores crescentes quando comparados entre si, p-valor <

0,0001 (Tabela 1).

Devido ao extenso rol de indicadores que compõem o atributo Elenco de Serviços, optou-se por destacar os dois indicadores melhor e pior avaliados pelos três tipos de informantes.

Segundo usuários, profissionais e gestores o item Atendimento para crianças obteve o melhor índice de disponibilidade, um escore médio entre 5 e 6 (disponibilidade satisfatória – próxima de 100%). A vacinação para crianças foi identificada como o segundo indicador melhor avaliado, com escores entre 4 e 6, obtendo de 41% a 100% de disponibilidade no serviço de saúde (Tabela 1).

Dentre os indicadores analisados no atributo Elenco de Serviços Oferecidos, vinte e quatro eram comuns aos questionários dos três tipos de respondentes (tabela1).

A avaliação dos gestores e profissionais obteve escore satisfatório superior à dos usuários para vinte e dois dos vinte e quatro indicadores supracitados, excetuando-se apenas: oferta de pequenas cirurgias e Educação sobre violência doméstica.

A oferta de pequenas cirurgias foi apontada pelos três tipos de informantes como o item menos disponível nas UBS, com escore variando entre 1 a 4, obtendo de 11% a 40% de disponibilidade na ESF (tabela 1).

De acordo com os gestores, o item vacinação para crianças foi apontado com escore entre 5 e 6, avaliada com grau máximo de disponibilidade de 100% nas unidades básicas de Saúde.

Os profissionais de saúde apontaram a realização do controle pré-natal como prática sempre disponível nas ações da ESF, escore variando entre 5 e 6. Entres os serviços menos disponíveis, a ações de educação em saúde mostraram variação de escore entre 1 a 2% nas unidades de saúde (tabela 3).

Na avaliação dos usuários o item Atendimento para crianças/adolescentes obteve escore que variou de 5,3 a 5,5 e foi considerado o item com melhor oferta nas UBS. Já as Ações de Educação preventiva em odontologia obteve escore que variou de 2,1 a 2,5, sendo considerado o item com pior avaliação da oferta nas Unidades Básicas de Saúde (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O número de publicações sobre Atenção Básica no Brasil vem crescendo extraordinariamente desde a criação da estratégia SF, como demonstrado em revisão sistemática realizada sobre o tema[13]. Dentre as formas de avaliação da ESF, uma das mais utilizadas é a construção de um escore de atributos da APS, adotando o referencial de Starfield, que comporta também comparações com os serviços tradicionais de saúde.

Os baixos percentuais de participação dos profissionais e gestores apresentados neste estudo refletem a dificuldade da coleta dos dados com esses grupos, principalmente de médicos. A recusa em participar desta pesquisa provavelmente significa a fragilidade da compreensão da avaliação em saúde como instrumento norteador das ações em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o esforço coletivo desde o profissional local da unidade de saúde de saúde, até a esfera federal no Ministério da Saúde, é imprescindível para que a avaliação possa se tornar orgânica aos processos de trabalho do SUS a ponto de influenciar o seu comportamento[14].

Os resultados deste estudo evidenciam que, em São Luís, a deficiência na disponibilidade do elenco de serviços ofertados pela unidades de saúde. Esse achado corrobora com o estudo realizado por Almeida e Macinko[10], em Petrópolis. As diferenças nas expectativas de usuários, profissionais e gestores em relação à ações de saúde desenvolvida pela ESF têm encontrado apoio na literatura[10, 11, 15].

Na comparação da avaliação entre gestores, profissionais e usuários, considerando os índices comuns aos entrevistados foi possível verificar que houve convergência entre os três tipos de entrevistados para os itens atividades de atendimento e vacinação para crianças, atendimento para adultos e atendimento para idosos.

Na avaliação dos profissionais de saúde e gestores, as atividades de atendimento e vacinação para crianças foram os itens que apresentaram melhor avaliação em relação a disponibilidade o que corrobora com o estudo realizado por Conill, que destaca as atividades preventivas junto às curativas para a população infantil as que melhor traduzem a integralidade do cuidado em saúde[16]. A utilização da ESF para obtenção de serviços preventivos foi avaliada em grau satisfatório, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica[17], que aponta que a ESF deve ser centrada na promoção e proteção da saúde.

As maiores divergências entre gestores e profissionais com relação aos usuários, ocorreram em relação a consulta pré-natal, Serviços Planejamento Familiar, Educação preventiva odontológica e Programa tuberculose. Profissionais e gestores fizeram melhor avaliação de disponibilidade dos respectivos itens em relação aos usuários (tabela1). Sendo que a disponibilidade de consulta pré-natal obteve melhor avaliação de disponibilidade entre profissionais e gestores. Esse achado foi semelhante ao encontrado em estudo realizado por Macinko et al.[18], segundo o qual, não é clara a razão pela qual os profissionais e gestores percebem a assistência pré-natais mais disponíveis do que os usuários.

As Ações de Educação em saúde, segundo os profissionais da atenção básica estão entre os atributos com nível crítico de disponibilidade, o que concorda com o estudo realizado por Macinko et al.[18], alertando que esta é uma dimensão que merece ser mais bem explorada em futuras pesquisas, pois educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção.

A oferta de pequenas cirurgias foi apontada pelos três tipos de informantes – chaves como o item menos disponível nas unidades básicas de saúde, e isso representa uma questão importante, pois aborda alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos de pequeno porte que podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea, a fim de evitar estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso, contribuir para o aumento da resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS).

A verificação de que em onze dos vinte e quatro indicadores avaliados pelos três sujeitos, a avaliação dos gestores e profissionais foi melhor do que a dos usuários denota a necessidade de maior aproximação entre gestão, serviços de saúde e usuários, assim como o fortalecimento de ações de monitoramento e avaliação local com o intuito de identificar as fragilidades e possibilidades a serem repensadas no processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Sendo assim verifica-se que o atributo elenco de serviços disponível apresenta-se na ESF de São Luís em uma extensão insatisfatória, portanto com grande necessidade de melhora na sua obtenção.

Não identificou-se estudos que apresentassem a avaliação desse atributo com a mesma perspectiva proposta nesse estudo. Na sua grande maioria, os documentos encontrados avaliaram a perspectiva do acesso ou utilização de serviços no Sistema Único de Saúde[19. 20].

REFERÊNCIAS

1. Mattos, Ruben Araújo de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. v.01, p. 39-64.

2. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal. 1988. p.133-4: Seção II. Da Saúde.

3. Hortale, Virginia Alonso. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004. p.1398-1399.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Portaria No 648/GM de 28 de março de 2006

5. Penna C de M, Viegas S da F. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. 2013 [cited 2014 Mar 6];17(1):133 41.Availablefrom:http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf

6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002

7. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

8. Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social e ABRASCO, 2001. v. 1. 180 p

9. Starfield, B; Shi, L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore; Johns Hopkins University. 2009

10. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. In: Almeida C, Macinko J. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. Brasília:

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)

11. Ibãnez N, Rocha JSY, Castro PC, Riobeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana AL. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. Cien Saude Colet 2006; 11(3):683-703.

12. Harzheim E, Stein AT, Dardet CA, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. Revista AMRIGS 2005;49(4):248-52.

13. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics 2000;105(4 Pt 2):998-1003.

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CO- NASS; 2007.

15. Novaes H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os servi- ços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad Saude Pu- blica 2004; 20(Supl. 2):147-173.

16. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica 2008;24(S1):S7-S16.

17. Escorel S, coordenador. Avaliação da implementa- ção do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica; 2002.

18. Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan 2007;22(3):167-77.

19. Travassos C. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica 2002; 11(5):365-373.

20. Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

5 CONCLUSÃO

O princípio da integralidade das ações na Atenção Básica apresenta progressos como o desenvolvimento de ações de saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, através da promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Os resultados apresentados neste estudo, revelam que o atributo da Integralidade na estratégia saúde da família, representado pelo elenco de serviços ofertados, segundo a avaliação dos profissionais de saúde, gestores e usuários revelou que existem diferenças importantes entre a percepção dos sujeitos entrevistados. Sendo que os profissionais e gestores na grande maioria dos itens, avaliaram melhor o serviços do que os usuário. Principalmente quando considerado os itens atendimento para crianças e vacinação infantil. Já na visão dos usuários foi comprovado nesse estudo que a disponibilidade do serviço educação preventiva odontológica encontra-se em nível crítico. Concluindo-se então que é um maior proximidade da gestão com os usuários da saúde, procurando conhecer suas reais necessidades e deficiências.

É mandatário que sejam realizados novos estudos avaliativos para subsidiar mudanças substanciais na saúde de São Luís para que a Estratégia de saúde da Família contemple os objetivos para o qual foi e está sendo sempre melhorada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M; PONTES, R.J.S; MARTINS, Jr. T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2000; 8(1-2): 84-92.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares – SIHSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:<www.datasus.gov.br>. Acesso em:

_____. Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <http://www.tr.2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.ph>. Acesso em: 09 dez. 2013.

_____. Programa de expansão e consolidação da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: <http://dt.2004.saude.gov.br/dab/proesf>. Acesso em: 09 dez. 2013.

_____. Histórico da cobertura da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c. Disponível em: <http:/dtr.2004.saude.gov.br/ dab/docs/abnumeros/histórico_2008.pdf. Acesso em: 09 dez. 2013.

_____. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:< http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/index.htm>. Acesso em: 19 dez. 2013.

_____. Saúde, Brasil. 147 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il.

CANESQUI AM, OLIVEIRA AM. Saúde da família: modelos internacionais e a estratégia brasileira. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, (Org,). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Edições Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002: p. 241-88.

CONASEMS. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70:** a participação das universidades e municípios - Memórias. Brasília: Athalaia; 2007. 92p

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saude Coletiva,** vol.11(3):705-712,2006.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária.** Brasília; CONASS, 2004

CORDEIRO, Hésio. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COTTA, R.M.M; MENDES, F.F; MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde** – do imaginário ao real Viçosa: UFV – Cebes; 1998.

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874. 2004

DONABEDIAN, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. **Ann Arbor, MI:** Health Administration Press, 1980.

GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública,** 22(6): 1.171-1.181, 2006.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951-963. 2006.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2009.

HARZHEIM E, et al. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – **Primary Care Assessment Tool – PCATool – Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HEIMANN, Luiza Sterman; MENDONÇA, Maria Helena. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p. p. 481-502.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used ToAssess the Medical Home. **Manag Care.** v. 18, n. 6, p. 44-8, jun., 2009

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). O**s sentidos da integralidade na atenção básica e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 41-66.

MATTOS, R; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Os sentidos da Integr na atenção. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

MATTA G, MOROSINI M. Atenção Primária à Saúde. **Esc Politécnica Saúde.** 2006. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2014.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In:_____. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano:** o debate no campo da saúde coletiva. 4aed. São Paulo: Editora Hucitec;2007. p 15-35.

NICOLAU, L. S. **A estratégia saúde da família no Município de São Luís:** avanços e desafios, 2009.89f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, 2009.

NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da Família: uma utopia realizável.** 1999. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 21 fev. 2014.

PASSARIN, M.I, et al. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. **Aten primaria.** 2007; 39(8):395 403.

PENNA, C de M; VIEGAS, S da F. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. 17(1):133–41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/19.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

PIANCASTELLI, Carlos Haroldo. Saúde da Família e formação de profissionais de saúde. In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, 2001. 318p. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), n.1)

RIBEIRO, F.A; SCHRAIBER, L.B. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil:** perspectiva histórica. [dissertação de mestrado]. São Paulo. USP, 2007.

ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, 2008; 24 Sup 1:S69-S78.

ROEMER, M. I. National Strategies for Health Care Organization: a world overview. **Ann Arbor:** Health Administration Press, 1985.

SHI, L; STARFIELD, B; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract**. 2001; 50:161W,175W. 54.
STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços tecnologia UNESCO. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B; SHI, L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore; **Johns Hopkins University**. 2009

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Modelo de atenção à saúde:** promoção, vigilância e atenção à saúde. Salvador: Edufba, 2006.

APÊNDICE A – Tabela 1. escores dos indicadores de obtenção de serviços nas unidades de saúde da família, segundo sujeito entrevistado. são luís, 2010

Indicador	Usuários		Profissional		Gestor	
	Escore	IC95%	Escore	IC95%	Escore	IC95%
Vacinação para crianças	4,6	4,5-4,7	5,8	5,7-6,0	6,0	6,0-6,0
Atendimento para crianças/Adolescentes	5,4	5,3-5,5	5,6	5,5-5,8	5,9	5,7-6,0
Atendimento para adultos	4,9	4,8-5,0	5,8	5,6-5,9	5,9	5,8-6,0
Atendimento para idosos	4,0	3,8-4,2	5,8	5,6-6,0	5,9	5,8-6,0
Controle Pré-natal	2,9	2,8-3,0	5,9	5,8-6,0	5,7	5,4-5,9
Serviços Planejamento Familiar	2,8	2,7-3,0	5,4	5,1-5,6	5,5	5,2-5,8
Atendimento DST	2,5	2,3-2,6	5,3	5,1-5,6	5,4	5,1-5,7
Programa tuberculose	2,5	2,4-2,7	5,3	5,0-5,6	5,7	5,4-6,1
Controle doenças endêmicas	0,0	0,0-0,0	4,9	4,7-5,3	5,6	5,3-5,9
Controle doenças epidêmicas	3,5	3,4-3,7	5,0	4,7-5,3	5,4	5,0-5,8
Atendimento doenças crônicas	3,2	3,0-3,4	5,0	4,7-5,2	5,4	5,0-5,8
Tratamento/controle diabetes	3,8	3,6-4,0	5,9	5,8-5,9	5,9	5,8-6,0
Tratamento/controle hipertensão	3,8	3,6-4,0	5,9	5,7-6,0	5,9	5,8-6,0
Tratamento/controle pequenos ferimentos	3,6	3,5-3,8	5,1	4,7-5,4	5,2	4,7-5,7
Pequenas cirurgias	2,7	2,6-2,8	1,5	1,3-1,7	1,7	1,2-2,2
Conselho sobre uso de álcool e tabaco	3,0	2,7-3,1	3,9	3,6-4,3	4,4	3,7-5,0
Conselhos sobre uso de drogas ilícitas	2,6	2,4-2,7	3,8	3,5-4,2	3,9	3,2-4,5
Problemas de saúde mental	2,6	2,4-2,8	3,5	3,2-3,8	3,8	3,2-4,4
Conselhos sobre alimentação e nutrição	3,3	3,1-3,5	3,0	2,6-3,4	3,7	3,0-4,3
Educação em saúde	0,0	0,0-0,0	5,0	4,7-5,3	5,5	5,2-5,8
Conselhos sobre atividade física	3,7	3,5-3,9	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
Educação sobre preparação higiênica de água e comida	3,3	3,2-3,5	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
Educação sobre violência domestica	2,6	2,4-2,7	3,4	3,1-3,7	4,4	3,9-4,9
Educação sobre acidentes domésticos	5,1	3,5-6,8	3,3	3,0-3,7	3,9	3,3-4,5
Educação preventiva odontológica	2,2	2,1-2,5	4,3	4,0-4,8	5,1	4,6-5,6
Atendimento odontológico	4,2	4,0-4,5	4,4	4,0-4,8	5,2	4,7-5,7
Existência de protocolos específicos	0,0	0,0-0,0	4,1	3,7-4,5	5,7	5,4-6,1
Indicador composto atributo	3,50		4,71		5,05	

APÊNDICE B - Tabela 2. elenco de serviços oferecidos nas unidades de saúde da família, segundo gestores. são luís, 2010

Indicador	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Vacinação para crianças	-	-	-	-	-	100,0
Atendimento para crianças/Adolescentes	-	-	-	-	14,3	85,7
Atendimento para adultos	-	-	-	-	10,7	89,3
Atendimento para idosos	-	-	-	-	7,1	92,9
Controle Pré-natal	-	-	3,6	-	21,4	75
Serviços Planejamento Familiar	-	-	7,1	7,1	17,9	67,9
Atendimento DST	-	-	3,6	10,7	32,1	53,6
Programa tuberculose	-	3,6	3,6	-	7,1	85,7
Controle doenças endêmicas	-	-	3,6	7,1	17,9	71,4
Controle doenças epidêmicas	-	**37,0**	3,7	7,4	22,2	63
Atendimento doenças crônicas	-	36,0	3,6	7,1	21,4	64,3
Tratamento/controle diabetes	-	-	-	-	10,7	89,3
Tratamento/controle hipertensão	-	-	-	-	10,7	89,3
Tratamento/controle pequenos ferimentos	3,6	-	10,7	7,1	14,3	64,3
Pequenas cirurgias	64,3	25,0	3,6	-	-	7,1
Conselho sobre uso de álcool e tabaco	3,5	10,7	17,9	17,9	14,3	35,7
Conselhos sobre uso de drogas ilícitas	3,6	21,4	25,0	14,3	7,1	28,6
Problemas de saúde mental	10,6	14,3	17,9	21,4	17,9	17,9
Conselhos sobre alimentação e nutrição	-	-	-	-	-	-
Educação em saúde	-	-	3,6	7,1	21,4	67,9
Conselhos sobre atividade física	-	-	-	-	-	-
-Educação sobre preparação higiênica de água e comida	-	-	-	-	-	-
Educação sobre violência domestica	-	-	37,1	22,2	7,4	33,3
Educação sobre acidentes domésticos	3,6	10,7	32,2	21,4	10,7	21,4
Educação preventiva odontológica	3,6	3,6	3,6	14,3	17,9	57,0
Atendimento odontológico	3,6	3,6	3,6	10,6	14,3	64,3
Existência de protocolos específicos	-	3,6	-	3,6	10,7	82,1

APÊNDICE C – Tabela 3. elenco de serviços oferecidos nas unidades de saúde da família, segundo profissionais. são luís, 2010

Indicador	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Vacinação para crianças	-	-	-	-	16,2	83,8
Atendimento para crianças/Adolescentes	-	-	1,2	6,2	16,2	76,2
Atendimento para adultos	-	-	1,2	3,7	8,7	86,4
Atendimento para idosos	-	-	1,2	1,2	11,2	86,3
Controle Pré-natal	-	-	-	3,7	3,7	92,6
Serviços Planejamento Familiar	1,2		2,5	16,2	16,2	63,9
Atendimento DST	-	-	8,7	11,3	17,5	62,5
Programa tuberculose	5,0	2,4	5,0	6,3	6,3	75
Controle doenças endêmicas	3,8	3,8	5,0	27,9	12,7	46,8
Controle doenças epidêmicas	-	3,8	10,1	15,2	27,9	43
Atendimento doenças crônicas	-	-	1,1	6,3	23,8	68,8
Tratamento/controle diabetes	-	-	-	2,5	7,5	90
Tratamento/controle hipertensão	-	1,3	-	1,3	6,3	91,1
Tratamento/controle pequenos ferimentos	3,8	3,8	8,9	6,2	20,3	57
Pequenas cirurgias	78,8	8,8	5,0	2,3	3,8	1,3
Conselho sobre uso de álcool e tabaco	8,8	7,3	22,5	21,3	18,8	21,3
Conselhos sobre uso de drogas ilícitas	6,1	10,0	26,3	22,5	16,3	18,8
Problemas de saúde mental	13,8	8,6	32,5	18,8	15	11,3
Conselhos sobre alimentação e nutrição	28,2	19,2	14,1	15,4	7,7	15,4
Educação em saúde	1,1	3,8	8,8	13,8	22,5	50
Conselhos sobre atividade física	-	-	-	-	-	-
Educação sobre preparação higiênica de água e comida	-	-	-	-	-	-
Educação sobre violência domestica	10,3	20,5	24,4	19,2	14,1	11,5
Educação sobre acidentes domésticos	12,7	19,0	22,8	22,8	13,9	8,8
Educação preventiva odontológica	13	3,8	15,6	9,1	13	45,5
Atendimento odontológico	15,4	6,5	9,0	10,3	15,4	43,6
Existência de protocolos específicos	8	13,3	12	14,7	28	24

APÊNDICE D - Tabela 4. elenco de serviços oferecidos nas unidades de saúde da família, segundo usuários. são luís, 2010

Indicador	Nunca %	Quase nunca %	Algumas vezes %	Muitas vezes %	Quase sempre %	Sempre %
Vacinação para crianças	10,9	3,2	13,0	9,7	11,7	51,5
Atendimento para crianças/Adolescentes	1,7	1,5	7,6	5,7	11,8	72,0
Atendimento para adultos	34,0	4,2	14,0	52,7	16,2	52,7
Atendimento para idosos	19,6	5,7	15,3	9,3	10,9	38,9
Controle Pré-natal	44,5	8,5	10,5	4,6	6,6	21,1
Serviços Planejamento Familiar	42,0	11,5	12,2	6,0	70	21,1
Atendimento DST	52,5	10,9	9,6	4,6	5,1	17,0
Programa tuberculose	51,3	8,5	13,3	4,6	5,9	16,1
Controle doenças endêmicas	21,4	11,0	18,0	11,6	13,7	24,0
Controle doenças epidêmicas	-	-	-	-	-	-
Atendimento doenças crônicas	32,0	10,5	17,2	6,0	9,2	25,0
Tratamento/controle diabetes	23,9	7,5	16,7	5,3	10,0	36,9
Tratamento/controle hipertensão	12,5	17,1	20,1	6,9	11,8	31,3
Tratamento/controle pequenos ferimentos	21,8	11,2	18,1	5,4	12,2	31,2
Pequenas cirurgias	47,6	7,5	12,7	6,0	5,3	20,7
Conselho sobre uso de álcool e tabaco	39,6	8,9	17,7	5,7	6,4	21,4
Conselhos sobre uso de drogas ilícitas	51,9	7,5	12,0	3,6	5,3	19,7
Problemas de saúde mental	52,7	7,3	10,9	2,3	5,4	21,2
Conselhos sobre alimentação e nutrição	31,9	7,1	19,2	4,5	9,7	27,3
Educação em saúde	-	-	-	-	-	-
Conselhos sobre atividade física	29,4	3,7	12,5	6,3	9,8	38,0
-Educação sobre preparação higiênica de água e comida	35,2	7,4	14,5	4,6	6,4	31,6
Educação sobre violência domestica	50,5	9,3	12,2	4,8	4,2	18,7
Educação sobre acidentes domésticos	93	2,5	1,0	0,6	1,2	1,8
Educação preventiva odontológica	60,7	6,6	9,25	4,1	4,5	14,7
Atendimento odontológico	15,5	9,6	14,4	4,4	8,6	47,2
Existência de protocolos específicos	-	-	-	-	-	-

ANEXO A – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (Profissionais E Gestores)

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais e gestores)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

São Luís, de de

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão e tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica em Saúde existentes em São Luís - MA, por meio dos escores de seus atributos obtidos a partir do olhar do gestor, do profissional de saúde e da experiência de utilização dos usuários.

Com este estudo, se buscará aprimorar uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação do desempenho do sistema de atenção básica e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto sigilo sobre as informações. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção básica em nível local no Brasil.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora da equipe de pesquisadores, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra da Universidade Federal do Maranhão, no telefone 9972-3091, ou pelo e-mail liberata@uol.com.br. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão à Avenida dos Portugueses, Campus Universitário do Bacanga, s/nº, Prédio CEB Velho, PPPG, Comitê de Ética, Sala 07, Bloco B ou pelo telefone 3301-8708.

Coordenadora da pesquisa,
Profª Drª Liberata Campos Coimbra

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO B – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (Usuários E Acompanhantes)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários e acompanhantes)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

São Luis, de de

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS, MARANHÃO. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão e tem como objetivos a realização de uma enquete populacional para medir aspectos críticos do sistema de atenção básica em São Luis.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, o que não deve levar mais de 45 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados de forma agregada, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a). Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas não será possível identificar nenhum dos indivíduos que participaram da pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois, as informações fornecidas servirão para melhor descrever o desempenho dos serviços de atenção básica em São Luís e sugerir possíveis melhorias.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que esclareça diretamente com a coordenadora da equipe de pesquisadores, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra da Universidade Federal do Maranhão, no telefone 9972-3091, ou pelo e-mail liberata@uol.com.br. Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão à Avenida dos Portugueses, Campus Universitário do Bacanga, s/nº, Prédio CEB Velho, PPPG, Comitê de Ética, Sala 07, Bloco B ou pelo telefone 3301-8708.

Coordenadora da pesquisa,
Profª Drª Liberata Campos Coimbra

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO C – Questionário do profissional

Número do questionário:	_____
Data (digitação dos dados):	_____
Dados digitados por:	_____
Código do arquivo:	_____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PLEA PESQUISA

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por*: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que
considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais					
1.	Data				
2.	Seu nome				
3.	Seu título				
4.	Sua função		Administradora		
(Marque só uma resposta)			Agente Comunitário de Saúde		
			Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)		
			Enfermeira/o		
			Médico/a		
			Outro profissional de saúde		
			Outro gestor (especifique)		
5.	Organização				
6.	Número de telefone				
7.	Fax				
8.	E-mail				
9.	Endereço				
10.	Cidade				
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos				
12.	Tipo de organização		Consultório privado		Clínica ambulatorial privada
(marque só uma resposta)			Equipe Saúde da Família		Clínica ONG ou religiosa
			Centro de Saúde		Hospital público
			Posto de Saúde		Hospital privado
			Clínica ambulatorial pública		Outro (especifique) _____

B. Recursos humanos

13. Por favor, indique quantos e que tipo de profissionais trabalham na unidade

Tipo de profissional	Número de pessoas
Agentes Comunitários de Saúde	
Auxiliares de Enfermagem	
Enfermeiros	
Médicos	
Odontólogos	
Psicólogos	
Assistente Social	
Outros profissionais de saúde (especifique) _____	
Outros que não são profissionais de saúde (especifique) _____	

C. Acesso

(*) Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem epecializadas) dos usuários /clientes que procuram esta unidade de atenção básica.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
14.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve uma **adequada*** oferta de medicamentos?	1	2	3	4	5	6	88
15.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve **adequado*** *equipamento básico* e *estoque* para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
16.	Quantos usuários/clientes pagam alguma quantia para ser atendido (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
18.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?							
19.	Qual é o horário normal de funcionamento da sua unidade de atenção básica?	De _____ horas às _____horas						
20.	A unidade fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
22.	Quando a unidade **está fechada**, existe um número de telefone para maçar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

D. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
24.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88

E. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
25.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo esmo profissional?	1	2	3	4	5	6	88
26.	A unidade tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
27.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida obre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Os profissionais de saúde da sua unidade normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços

Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
32.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
33.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
34.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
36.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
37.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
38.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
39.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
40.	Controle/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
41.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
42.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
44.	Tratamento /controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
46.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
47.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
48.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
49.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
50.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
51.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
55.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88

G. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
56.	Para que porcentagem das crianças atendidas existe um registro obrigatório?	1	2	3	4	5	6	88
57.	Que porcentagem usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
58.	Para que porcentagem das grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Quantas grávidas tem em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88

61.	Com que freqüência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Quando um usuário/cliente precisa ser transferido para outro serviço, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
63.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas cm um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando os pacientes são referidos para outro serviço, os profissionais da atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Existe colheita de material para exames laboratoriais em sua unidade?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Os resultados dos exames laboratoriais são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
69.	O agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	O usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
72.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário cliente?	1	2	3	4	5	6	88
74.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88

H. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
75.	Que porcentagem dos prontuários médicos é organizada por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
77.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para a comunidade

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
79.	Realiza enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Realiza enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
81.	Tem representantes da comunidade participando na direção da unidade ou dos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base os problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88

J. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
86.	Que porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
88.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
90.	A equipe de atenção básica foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex.: cultura, nível socioeconômico etc.)	1	2	3	4	5	6	88

K. Auto-avaliação de confiança nas respostas

Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher esse tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
91.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

Suas sugestões, comentários e/ou dúvidas

Agradecemos sua participação.

Por favor, envie este documento para o _____ na _____

Para poder incluir suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia _____de_____.

ANEXO D - Questionário do gestor

Número do questionário:	_____
Data (digitação dos dados):	_____
Dados digitados por:	_____
Código do arquivo:	_____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado aos decisores ou supervisores que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PLEA PESQUISA

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por*: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais

1.	Data				
2.	Seu nome				
3.	Seu título				
4.	Sua função		Administradora		
(Marque só uma resposta)			Agente Comunitário de Saúde		
			Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)		
			Enfermeira/o		
			Médico/a		
			Outro profissional de saúde		
			Outro gestor (especifique)		
5.	Organização				
6.	Número de telefone				
7.	Fax				
8.	E-mail				
9.	Endereço				
10.	Cidade				
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos				
12.	Tipo de organização		Consultório privado		Clínica ambulatorial privada
(marque só uma resposta)			Equipe Saúde da Família		CÍnica ONG ou religiosa
			Centro de Saúde		Hospital público
			Posto de Saúde		Hospital privado
			Clínica ambulatorial pública		Outro (especifique) _____

B. Distribuição de recursos financeiros

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
13.	Para alocar recursos públicos (federal, estadual, municipal) levam-se em consideração as **diferentes necessidades de saúde** da população a ser atendida?	1	2	3	4	5	6	88
14.	Para alocar recursos públicos (federal, estadual, municipal) levam-se em consideração as **diferenças socioeconômicas** da população?	1	2	3	4	5	6	88
15a.	Para responder às **necessidades de saúde das populações mais vulneráveis** existem programas especiais de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88

15b. Em caso afirmativo à pergunta anterior, quais são estes programas especiais e qual porcentagem (aproximadamente) da população está coberta por cada um deles? (Caso não saiba, deixe em branco)

Programa	% população coberta

C. Acesso

(*) Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem epecializadas) dos usuários /clientes que procuram esta unidade de atenção básica.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
16.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem das unidades de atenção básica havia uma **adequada*** oferta de *medicamentos essenciais*?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem dessas unidades havia **adequado*** *equipamento básico* e *estoque* para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
18.	Que porcentagem das unidades básicas exige algum pagamento dos usuários/clientes na hora do atendimento (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
19.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
20.	Geralmente, as unidades de atenção básica estão abertas durante o fim de semana?							

21.	Qual é o horário normal de funcionamento das unidades de atenção básica?	Centro de Saúde	De _____ horas às _____horas
		Posto de Saúde	De _____ horas às _____horas
		PSF	De _____ horas às _____horas
		Outros	De _____ horas às _____horas

22.	Que porcentagem das unidades de atenção básica fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
24.	Quando a unidade **está fechada**, existe um número de telefone para maçar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
25.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
26.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88
E. Vínculo								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
27.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo esmo profissional?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida obre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Acha que os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
32.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
33.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços

Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
34.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
36.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
37.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
38.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
39.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
40.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
41.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
42.	Controle/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
44.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
46.	Tratamento /controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
47.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
48.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
49.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
50.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
51.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
55.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
56.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
57.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88

G. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
58.	Em que porcentagem das unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de todas as crianças atendidas?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Que porcentagem usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Em que porcentagem das unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Quantas grávidas tem em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88

63.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os diferentes níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando um usuário/cliente precisa ser transferido para outro serviço, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Quando os pacientes são referidos para outro serviço, os profissionais da atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
69.	Em que porcentagem das unidades existe colheita de material para exames de laboratório na própria unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	Em que porcentagem das unidades são os resultados dos exames de laboratório encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Em que porcentagem das unidades é feito o agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
72.	Em que porcentagem das unidades o usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
74.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
75.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário cliente?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88

H. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
77.	Em que porcentagem das unidades os prontuários médicos são organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
79.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para a comunidade

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
81.	Realizam enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades (demanda de atendimento) da população?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Realizam enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Têm representantes da comunidade participando na direção da unidade ou dos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
86.	Trabalham ou combinam com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Têm autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base os problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88

J. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
88.	Que porcentagem das unidades conta regularmente com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
90.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
91.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Equipes de atenção básica estão capacitadas para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex.: cultura, nível socioeconômico etc.)	1	2	3	4	5	6	88

K. Auto-avaliação de confiança nas respostas

Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher esse tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
93.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
94.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

Suas sugestões, comentários e/ou dúvidas

Agradecemos sua participação.

Por favor, envie este documento para o _____ na _____

Para poder incluir suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia _____de _____.

ANEXO E - Questionário do acompanhante

Número do questionário: _____

Data (digitação dos dados): _____

Dados digitados por: _____

Código do arquivo: _____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado com adultos acompanhantes de crianças, menores de 18 anos ou incapacitados)

Apresentação

"Bom dia! Eu sou... Estou participando de uma pesquisa. Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

FILTRO 1: Qual a sua idade? _____anos
(Se não sabe responder, pergunte: que ano nasceu?) _____ano de nascimento

- Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes 1992) **não continue a entrevista.**
- Se tiver pelo menos 18 anos continue.

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?
1. O respondente mesmo que vai consultar (**CONTINUE)**.
2. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou o pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE)**.
3. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: A pessoa/criança que está acompanhando hoje já foi atendida anteriormente neste posto/centro/unidade?
1. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
2. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por*: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

L. Informações gerais		
1.	Data	

2.	Nome do entrevistador	
3.	Código do entrevistador	
4.	Nome do posto/centro/unidade	
5.	Bairro	
6.	Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica	

Tipo	Código
PSF	1
PACS	2
Posto de saúde	3
Centro de saúde	4
Ambulatório hospitalar	5
Outro (especifique) _____	6

B.1. Informações sobre o acompanhante

7a.	Sexo do acompanhante	Mulher	0
		Homem	1
7b.	Qual é a sua relação com a pessoa que está acompanhando?	Mãe (ou pai)	1
		Irmão/irmã	2
		Outro parente	3
		Outro (e. g. amigo(a))	4
7c.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Obsevação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4 – 6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6

B.2. Informações sobre o paciente
O restante das perguntas estão relacionadas à pessoa que está sendo acompanhada e que é chamada "paciente".

8a	Sexo do paciente	Mulher	0
		Homem	1
8b	Idade do paciente	_____anos (ou_____meses)	
8c	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Obsevação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4 – 6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6

A casa do paciente tem .....?		**Sim**	**Não**
9.	Luz elétrica	1	0
10.	Água encanada	1	0
11.	Banheiro dentro de casa	1	0
12.	Geladeira	1	0
13.	Rádio	1	0
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.	Televisão	1	0
16.	Carro	1	0

C. Saúde do paciente

		Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa /na	Não sabe
17.	De modo geral, nos últimos 30 dias, o senhor(a) considera o estado de saúde do	5	4	3	2	1	88	99

	paciente como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?							
18.	Nos últimos 30 dias o paciente deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo de saúde?	Sim		Não	Recusa/na		Não sabe	
		1 (passe à pergunta 19)		0 (passe à pergunta 20)	88 (passe à pergunta 20)		99 (passe à pergunta 20)	
19.	Nos últimos 30 dias, quantos dias o paciente deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias_____				Recusa/na	Não sabe	
						88	99	

O paciente tem.....?:

		Sim	Não	Recusa	Não sabe
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99
22.	Câncer?	1	0	88	99
23.	Diabetes?	1	0	88	99
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99
25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99
26.	Doença do coração?	1	0	88	99
27.	Depressão?	1	0	88	99
28.	Outra doença? (especifique_____)	1	0	88	99

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o paciente tem recebido neste posto/centro/unidade
favor respoda segundo a sua experiência como acompanhante do paciente.
OBS.: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

D. Acesso

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta para o paciente neste **posto/centro/unidade?**	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) para o paciente neste **posto/centro/unidade no prazo de 24 horas**?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este **posto/centro/unidade** está aberto durante os finais de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este **posto/centro/unidade fica** aberto **depois das 18 hora**s pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento **normal** deste **posto/unidade/centro** existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este **posto/centro/unidade** está fechado, existe um **número de telefone** para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99

35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar **mais de 30 minutos** neste **posto/centro/unidade** antes que o paciente seja atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando traz o paciente para consultar neste **posto/centro/unidade** o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este **posto/centro/unidade** tinha **todos** os medicamentos que o paciente precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este **posto/centro/unidade** tinha **todos** os equipamentos necessários ao atendimento do problema de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para que o paciente seja atendido neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
E. Porta de entrada									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o paciente precisa de algum **controle de saúde preventivo** (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o senhor(a) vem a este posto de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o paciente tem um problema de saúde, vocês normalmente vem a este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o paciente normalmente tem que realizar uma consulta neste **posto/unidade/centro** antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

F. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
43.	Quando o paciente vem a este **posto/centro/unidade** para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre o tratamento do paciente consegue falar com o mesmo profissional deste **posto/centro/unidade** que lhe atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste **posto/centro/unidade** os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o(a) senhor(a) explicar bem suas dúvidas ou preocupações sobre o paciente ?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional que atende o paciente neste **posto/centro/unidade** compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
48.	Durante as consultas os profissionais deste **posto/centro/unidade** anotam as queixas do paciente no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são informados sobre todos os medicamentos que o paciente está usando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são informados quando o paciente não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
	Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.								
51a	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** tratam o paciente apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51b	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** tratam o paciente como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99

G. Elenco de serviços

Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços neste **posto/centro/unidade**?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para as crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99

56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (ex.: AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas (ex.: dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento /controle de hipertensão ou pressão alta	1	2	3	4	5	6	88	99
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	1	2	3	4	5	6	88	99
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação de dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

H. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados de exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados de exames de laboratório do paciente para este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da consulta de retorno para saber resultados dos exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade**, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc. do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
78.	O profissional deste **posto/centro/unidade** tem sempre disponível o prontuário médico quando o pacinte está sendo atendido ou examinado?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** permitem que o(a) senhor(a) veja o prontuário médico do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99

PERGUNTA 80: SÓ PARA MULHERES (OU HOMENS) QUE ESTEJAM ACOMPANHANDO CRIANÇAS
PERGUNTA 81 E 82: SÓ PARA PACIENTES MULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDAESTIVERAM GRÁVIDAS

PERGUNTA 83 E 84: SÓ PARA PACIENTES MULHERES GRÁVIDAS
SE O ENTREVISTADO NÃO ACOMPANHA UMA CRIANÇA OU MULHER MENOR PASSAR PARA A PERGUNTA 85.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
80.	O(a) senhor(a) tem em seu poder um cartão de registro das imunizações realizadas na criança e do crescimento dela?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** pedem que o(a) senhor(a) traga consigo o registro de imunizações e do crescimento quando vem para consultar as crianças?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Quando a paciente estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	Nesta gravidez a paciente tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
84.	Os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** pedem que o(a) senhor(a) traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal da paciente toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	O paciente foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(1) Sim (continue coma pergunta 84) (0) Não (Passe para a pergunta 92 – Enfoque Familiar)							
86.	Quando o paciente vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
87.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) retorna a este **posto/centro/unidade** com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) do paciente com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) é informado neste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
92.	O(a) senhor(a) discute com o	1	2	3	4	5	6	88	99

	profissional deste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta ao(s) \especialista(s)?								
93.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** estão interessados na qualidade da consulta do paciente com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

I. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
94.	Durante a consulta os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente perguntam sobre as condições de vida da família do paciente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	Durante a consulta, os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais neste **posto/centro/unidade** conhecem bem a família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
97.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste **posto/centro/unidade** falariam com a família do paciente sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o tratamento do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99

J. **Orientação para a comunidade**

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
99.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado para saber se os serviços deste **posto/centro/unidade** atendem aos problemas de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
100.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste **posto/centro/unidade** sabem sobre os problemas de saúde mais importante da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
101	A autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste **posto/centro/unidade** ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
102.	Este **posto/centro/unidade** oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
103.	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
104.	O(a) senhor(a) acha que este **posto/centro/unidade** trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida da comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
105.	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
106.	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
107.	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a um amigo?	1	2	3	4	5	6	88	99
108.	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
109.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
110.	Os profissionais de saúde neste **posto/centro/unidade** relacionam-se bem com a as comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

111. O(a) senhor(a) tem alguma(s) pergunta(s), sugetão(ões), comentário(s) ou dúvidas?

112. Observações do entrevistador

Agradecemos a sua participação.

ANEXO F - Questionário do usuário

Número do questionário: _____

Data (digitação dos dados): _____

Dados digitados por: _____

Código do arquivo: _____

CABEÇALHO

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil

(Para ser aplicado com usuários adultos)

Apresentação

"Bom dia! Eu sou... Estou participando de uma pesquisa. Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

FILTRO 1: Qual a sua idade? _____anos
(Se não sabe responder, pergunte: que ano nasceu?) _____ano de nascimento

- Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes 1992) **não continue a entrevista.**
- Se tiver pelo menos 18 anos continue.

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?

4. O respondente esmo que vai consultar (**CONTINUE)**.
5. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou o pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE)**.
6. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: O(a) senhor(a) já foi atendido(a) anteriormente neste posto/centro/unidade?

3. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
4. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA. *Foi adaptado e validado por*: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

	A. Informações gerais	
1.	Data	
2.	Nome do entrevistador	
3.	Código do entrevistador	
4.	Nome do posto/centro/unidade	
5.	Bairro	
6.	Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica	

Tipo	**Código**
PSF	1
PACS	2
Posto de saúde	3
Centro de saúde	4
Ambulatório hospitalar	5
Outro (especifique) _____	6

B. Informações sobre o usuário

7.	Sexo do usuário	Mulher	0
		Homem	1
8.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Obsevação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4 – 6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6

O(a) senhor(a) tem ..... em casa?			**Sim**	**Não**
9.		Luz elétrica	1	0
10.		Água encanada	1	0
11.		Banheiro dentro de casa	1	0
12.		Geladeira	1	0
13.		Rádio	1	0
14.		Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.		Televisão	1	0
16.		Carro	1	0

C. Saúde do usuário

		Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa /na	Não sabe
17.	De modo geral, nos últimos 30 dias, o senhor(a) considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99

		Sim	Não	Recusa/na	Não sabe
18.	Nos últimos 30 dias o(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo de saúde?	1 (passe à pergunta 19)	0 (passe à pergunta 20)	88 (passe à pergunta 20)	99 (passe à pergunta 20)

			Recusa/na	Não sabe
19.	Nos últimos 30 dias, quantos dias o(a) senhor(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias_____	88	99

O(a) senhor(a) tem:

		Sim	**Não**	**Recusa**	**Não sabe**
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99
22.	Câncer?	1	0	88	99
23.	Diabetes?	1	0	88	99
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99

25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99
26.	Doença do coração?	1	0	88	99
27.	Depressão?	1	0	88	99
28.	Outra doença? (especifique_____)	1	0	88	99

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o(a) senhor(a) e sua família têm recebido neste posto/centro/unidade.
OBS.: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

D. Acesso

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste **posto/centro/unidade?**	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente)neste **posto/centro/unidade no prazo de 24 horas**?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este **posto/centro/unidade** está aberto durante os finais de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este **posto/centro/unidade fica** aberto **depois das 18 hora**s pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento **normal** deste **posto/unidade/centro** existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este **posto/centro/unidade** está fechado, existe um **número de telefone** para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar **mais de 30 minutos** neste **posto/centro/unidade** antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando vem consultar neste **posto/centro/unidade** o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este **posto/centro/unidade** tinha **todos** os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este **posto/centro/unidade** tinha **todos** os equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atedido (co-pagamento) neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99

E. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum **controle de saúde preventivo** (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o senhor(a) vem a este posto de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um probema de saúde, vocês normalmente vem a este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste **posto/unidade/centro** antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

F. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
43.	Quando o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade** para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste **posto/centro/unidade** que lhe atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste **posto/centro/unidade** os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o(a) senhor(a) explicar bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional deste **posto/centro/unidade** que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
48.	Durante as suas consultas os profissionais deste **posto/centro/unidade anotam suas queixas** no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são informados sobre todos os medicamentos que o(a)senhor(a) esta usando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99

	Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.								
51a	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** o tratam apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51b	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** o tratam como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99

G. Elenco de serviços

Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para as crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (ex.: AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controle/tratamento de doenças epidêmicas (ex.: dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento /controle de hipertensão ou pressão alta	1	2	3	4	5	6	88	99
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	1	2	3	4	5	6	88	99
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação de dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

H. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento de sua consulta de retorno para saber resultados dos seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade**, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	1	2	3	4	5	6	88	99

78.	O profissional deste **posto/centro/unidade** tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) senhor(a) está sendo atendido ou examinado?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** permitem que o(a) senhor(a) veja seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99

PERGUNTA 80: SÓ PARA ULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS
PERGUNTA 81 E 82: SÓ PARA MULHERES QUE ESTÃO GRÁVIDAS
SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM PASSAR PARA A PERGUNTA 83.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
80.	Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(2) Sim (continue coma pergunta 84) (1) Não (Passe para a pergunta 92 – Enfoque Familiar)							
84.	Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
86.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
87.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	O(a) senhor(a) retorna a este **posto/centro/unidade** com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	O(a) senhor(a) é informado neste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99

91.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

I. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/na	Não sabe
92.	Durante a consulta os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e de sua família (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	Durante a consulta, os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88	99
94.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais neste **posto/centro/unidade** conhecem bem sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste **posto/centro/unidade** falariam com sua família sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99

J. Orientação para a comunidade

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/na	Não sabe
97.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado para saber se os serviços deste **posto/centro/unidade** atendem aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste **posto/centro/unidade** sabem sobre os problemas de saúde mais importante da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
99.	A autoridades da secretara de saúde pedem a representantes da comunidade para partciparem nas reuniões da direção deste **posto/centro/unidade** ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
100.	Este **posto/centro/unidade** oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
101.	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
102.	O(a) senhor(a) acha que este **posto/centro/unidade** trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhram as condições de vida da comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa/ na	Não sabe
103.	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
104.	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
105.	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a um amigo?	1	2	3	4	5	6	88	99
106.	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
107.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
108.	Os profissionais de saúde neste **posto/centro/unidade** relacionam-se bem com a as comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

109. O(a) senhor(a) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvidas?

110. Observações do entrevistador

Agradecemos a sua participação.

ANEXO G - Parecer Constansubstaciado Comitê De Ética Em Pesquisa

ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão

Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO			
X	PROJETO DE PESQUISA	Número do Protocolo	2311500 8870/2009-76
	PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA	Data de entrada no CEP	14/08/09
	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	Data da assembléia	24/08/2009

I - Identificação:

Título do projeto:	**Avaliaçao da qualidade dos serviços da atenção básica do sistema único de Saúde no município de São Luis, Maranhão.**				
Identificação do Pesquisador Responsável:	**Liberata Campos Coimbra**				
Identificação da Equipe executora:	**Francisca Georgina Macedo de Sousa, Raimundo Antonio da Silva, Sabrina Varão oliveira Ribeiro, Nilza Bezerra Pinheiro da Silva, Valéria Oliveira Moreira, Jose de Ribamar Medeiros Lima júnior, Andréa Gomes Linard, Maria Ieda Gomes Vanderleiy, Alcione Miranda, Regimarina Soares Reis, Ronaldo Silva júnior, Naylle de jesusm da Silva**				
Instituição onde será realizado:					
Área temática:	**III**	Multicêntrico:	**Não**	Data de recebimento:	**14/08/2009**
Cooperação estrangeira:	**Não**	Patrocinador:	**Não**	Data de devolução	**24/08/2009**

II - Objetivos:

Geral:

Avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica em saúde existente em São Luis-MA, por meio dos escores de seus atributos obtidos a partir do olhar do gestor, do profissional de saúde da experiência de utilização dos usuários.

Específico:

1. Identificar as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de Saúde do Município de São Luís;
2. Mensurar a presença e extensão dos atributos da atenção básica nos serviços de atenção básica no município de São Luís;
3. Avaliar o desempenho da atenção básica como "porta de entrada" do Sistema Único de Saúde;
4. Elaborar o perfil dos de atenção básica do município de São Luís, comparando determinadas dimensões organizacionais entre as unidades do programa de Saúde da Família (PSF);
5. Analisar a prática dos enfermeiros da rede básica de saúde do município de São Luís – MA no âmbito da consulta de enfermagem.

III - Sumário do projeto:

Este projeto de pesquisa, se propõe, considerando o cenário de atenção básica em São Luis, que possui cobertura da Estratégia Saúde da Família da ordem de 30%, associado ao fato de que ainda não há estudo realizado com o objetivo de avaliar a estruturação do modelo assistencial e a prática da consulta de enfermagem na rede básica do município, pretende responder a pergunta seguinte: a atenção básica oferecida no Município de São Luis, por meio da estratégia Saúde da família cumpre os objetivos a que se propõe? A equipe de pesquisadores é formada por professores do departamento de saúde pública e de enfermagem, alunos do Mestrado em Saúde Coletiva e da graduação em Enfermagem, ambos da UFMA. . Trata-se de pesquisa de caráter avaliativo da qualidade de serviços da atenção básica em saúde. As características organizacionais e do desempenho do dos serviços das equipes de saúde da família será

avaliada por uma abordagem quantitativa. Os aspectos referentes à consulta de enfermagem serão avaliados por meio de uma abordagem qualitativa.

A população estudada será formada pelos gestores da Secretaria de Saúde, pelos profissionais de saúde médicos e enfermeiros e também pelos usuários do Sistema em uma amostra representativa. O instrumento de pesquisa será baseado no Primary Care Assesmeent Tool, já validade no Brasil. Para análise da prática dos enfermeiros será utilizada observação participante e uma entrevista semi estruturada. As despesas da pesquisa ocorrerão por contada equipe de pesquisadores.

IV - Comentários do relator:

O projeto de pesquisa Avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica do sistema único de saúde no município de São Luis, Maranhão se encontra neste processo com a folha de rosto assinada pela professora Maria Ieda Gomes Vanderlei, secretaria Adjunta de Ações e Serviços de Saúde/SEMUS. Traz justificativa para sua execução, objetivos claros, metodologia e instrumentos de pesquisa adequados ao alcance destes objetivos. O orçamento explicitado informa sua origem. Como a secretária adjunta de Ações e Serviços de Saúde faz parte da equipe executora sugerimos que a folha de rosto . . .

Trata-se de um projeto bem estruturada, com bibliografia atualizada e pertinente. A coordenadora bem como a equipe de pesquisadores possui currículo compatível com o trabalho proposto.

V - Pendências:

1. Anexar CD com a gravação do projeto;
2. Anexar outra folha de rosto assinada por responsável pela instituição diferente de membro da equipe executora da pesquisa;
3. Informar endereço e número telefônico correto do Comitê de Ética /UFMA.

VI – Recomendações:

VII - Parecer Consubstanciado do CEP:

Foram apresentados os documentos enumerados em Pendências; desse modo, o Protocolo **2311500 8870/2009-76**, referente à **pesquisa** sob o título **Avaliação da qualidade dos serviços da atenção básica do sistema único de Saúde no município de São Luis, Maranhão".** é considerado por este **CEP** como **APROVADO.**

VIII - Data da reunião do CEP: 24/08/2009

Prof. Msc. Hélder Machado Passos
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA

DATA DE RECEBIMENTO: 04/10/09
RELATÓRIO PARCIAL: 09/10/10
RELATÓRIO FINAL:

NOTA:

1. *Anexa folha do Relatório Parcial;*
2. *Pesquisas com duração acima de 6 meses deverão apresentar relatórios parciais semestrais;*
3. *Pesquisas com duração acima de 12 meses deverão apresentar relatórios anuais;*
4. *Após a conclusão da pesquisa deverá ser apresentado relatório final ao CEP/UFMA.*

ANEXO H - Autorização Para Coleta De Dados Nas Unidades De Saúde

ANEXO H – Autorização Para a Coleta de Dados nas UBS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
www.pgsc.ufma.br

REQUERIMENTO

A Secretaria de Saúde do Município de São Luís

Eu, Professora Doutora Liberata Campos Coimbra, docente da Universidade Federal do Maranhão professora do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, venho por meio deste requerer autorização deste órgão público, para utilização das Unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de São Luís como campo de pesquisa para realização do Estudo **"Avaliação de qualidade dos serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão"**, sob minha coordenação.

O grupo de estudo que realizará a pesquisa é composto por uma equipe multidisciplinar composta por Professores da Universidade Federal do Maranhão (Andréa Gomes Linard, Alcione Miranda dos Santos, Raimundo Antonio da Silva, Francisca Georgina Macêdo de Sousa), gestores municipais (Maria Iêda Gomes Vanderlei, Lídia Saldanha Nicolau e Carlos Leonardo Figueiredo Cunha), Mestrandas da Saúde Coletiva (Regimanna Soares Reis, Nilza Bezerra Pinheiro, Sabrina Varão de Oliveira), alunos de Iniciação Científica (Naylle Silva, José de Ribamar Lima Júnior) e alunos de Graduação em Enfermagem (Alice Bianca Santana Lima, Thyago Rusevelt, Samuel Galvão de Oliveira, Felipe Barros Noleto, Adriana Laís Oliveira Saraiva, Élbia Cristine Silveira dos Santos).

A previsão para realização do estudo é de dois anos com seis meses de coleta de dados, sendo prorrogado de acordo com o andamento do mesmo.

Segue, em Anexo, cópia do projeto de pesquisa e o comprovante de aprovação deste pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

Ciente da necessidade de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela Atenção Básica para a ampliação e qualificação do Sistema Único de Saúde no âmbito do município de São Luís, desde já agradeço a colaboração.

Nestes Termos peço e aguardo deferimento

São Luís, 19 de fevereiro de 2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação e Saúde
Coordenação de Estágio, Pesquisas e Extensão

Antonio de Souza Azevedo Neto
AUTORIZADO em 22/02/10

Liberata Campos Coimbra
Profª Dra Liberata Campos Coimbra
Coordenadora da Pesquisa
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFMA

ANEXO I - Acordo De Utilização De Produtos – Fundação Oswaldo Cruz

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ANEXO I –Acordo de Utilização de Produto – Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 03 de maio de 2011

ACORDO DE UTILIZAÇÃO DE PRODUTO

Este produto (constituído por instrumentos – questionários – para avaliação da organização e desempenho da atenção básica em nível local) foi adaptado e validado por Célia Almeida e James Macinko[1], no âmbito da pesquisa "Validação de uma metodologia de Avaliação rápida da organização e desempenho dos serviços de atenção básica em nível local", cujo Relatório Final foi publicado pela Organização Pan-americana da Saúde, Escritório de Brasília, em 2006.

Essa adaptação foi feita a partir da versão original desses instrumentos elaborada por Barbara Starfield[2] e James Macinko, Ph.D, com financiamento obtido de várias instituições – Fundação Fulbrigth, Organização Pan-americana da Saúde/Escritório de Brasília e, principalmente, a Escola Nacional de Saúde Pública "Sergio Arouca" (ENSP/FIOCRUZ), da Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola de Governo – Programa de Pesquisa Estratégica (PED).

A sua utilização é permitida em âmbitos nacional e internacional, desde que NÃO seja com fins comerciais, que seja explicitado claramente o crédito aos autores, mencionados neste Acordo de Utilização, e que a Escola de Governo (ENSP/FIOCRUZ) e a coordenação nacional da pesquisa (Dra. Celia Almeida – calmeida@ ensp.fiocruz.br) seja informada de sua utilização e dos resultados obtidos. Chamamos especial atenção para a forma de referir o trabalho (especificada na nota)[3].

Estando cientes e de acordo com os critérios explicitados neste documento, as partes envolvidas assinam este Acordo.

Dra. Celia Almeida
Pesquisadora Titular ENSP/FIOCRUZ
Coordenadora da pesquisa

Dra. Liberata Campos Coimbra
Universidade Federal do Maranhão
Coordenadora da pesquisa

---

[1] **Celia Almeida**, MD, MPH, PhD, pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública "Sergio Arouca"/FIOCRUZ; **James Macinko**, pesquisador titular da New York University, EUA.

[2] **Barbara Starfield**, MD, MPH, FRCGP, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.

[3] A referência para citação deve ser: ALMEIDA, C. & MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. *Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) – Oficina de Brasília, Ministério da Saúde, Brasil, 2006 (215 pp.).

ANEXO J - Normas De Publicação Da Revista

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
RBMFC

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Brazilian Journal of Family and Community Medicine
Revista Brasileira de Medicina Familiar y Comunitária

Diretrizes para Autores

1. APRESENTAÇÃO E PREPARO DOS MANUSCRITOS

1.1. Formato: os textos deverão ser formatados em DOC. O padrão de formatação exigido é Word for Windows – versão 6.0 ou superior, página padrão A4, fonte Arial (tamanho 11), espaçamento entre linhas 1,5 e numeração seqüencial em todas as páginas. Margem esquerda e superior 3cm e margem direita e inferior 2cm. Notas de rodapé não são permitidas. Os conceitos e opiniões expressos nos manuscritos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

IMPORTANTE:

- **Os arquivos DOC não devem conter nomes e instituição de nenhum dos autores do artigo.**
- **Durante o processo de submissão do manuscrito até a publicação do artigo, a identificação de autoria é informação restrita aos Editores da RBMFC, sendo incluída somente no campo de cadastro de metadados, durante a submissão eletrônica.**

1.2 Apresentação (arquivo DOC)

1.2.1 Títulos: em Português, Inglês e Espanhol e título resumido. Evitar títulos longos e abreviaturas.

1.2.2 Resumos: em Português, Inglês (*Abstract*) e Espanhol (*Resumen*), estruturados no formato "Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão" dependendo da seção. O limite de palavras pode variar de acordo com a seção de submissão. Devem ser evitadas abreviaturas nos resumos.

1.2.3 Palavras-chave: em Português, Inglês (*keywords*) e Espanhol (*palabras clave*): mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho de acordo com o vocabulário estruturado e trilíngue DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde).

Observação: a versão final do título, resumo e das palavras-chave para os idiomas inglês e espanhol ficarão sob responsabilidade da própria Revista.

1.3 Texto principal: de acordo com a estrutura recomendada para cada seção da RBMFC. Observação: a designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

1.3.1 Nomenclatura: devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

1.4 Ilustrações (tabelas, quadros, gráficos, e figuras) devem ser enviadas junto ao texto principal, conforme a ordem de aparecimento. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto sempre como figuras, exceto as tabelas, os quadros e gráficos que têm indicações próprias. As fórmulas e equações devem ser descritas no texto. As ilustrações devem ser confeccionadas em programas digitais que permitam boas condições para editoração e reprodução. São consideradas ilustrações:

1.4.1 Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.).

1.4.2 Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais).

1.4.3 Gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações).

1.4.4 Figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, como também por meio de desenhos ou fotografias).

1.4.5 Fórmulas e Equações (expressões matemáticas ou químicas) devem ser apresentadas na sequência normal do texto, destacando-as para facilitar a leitura e compreensão. Por exemplo, no parágrafo as fórmulas e equações devem estar centralizadas e identificadas por algarismos arábicos consecutivos colocados entre parêntese na extrema direita da linha (Exemplo 2), enquanto que sua citação no texto deve ser indicada pela palavra seguida do número entre parênteses, conforme abaixo:

Exemplo 1:

[...] conforme mostra a equação (1).

[...] conforme mostra a fórmula (2).

Exemplo 2:

HO2 + CS2N3 ® HO2 + CS2N (1)

x2 + y2 + z2 (2)

1.5 Referências: é de responsabilidade dos autores citar as referências diretas das fontes originais de pesquisa, formatadas no estilo Vancouver e limitadas às citações no texto.

CLIQUE AQUI e acesse o Guia para as Normas do Estilo Vancouver

1.5.1 Utilizar o sistema numérico, no qual as referências devem seguir a mesma ordem numérica crescente e devem ser indicadas com algarismos sobrescritos e numeradas segundo a ordem de aparecimento no texto.

1.5.2 Identificar as referências tabelas e legendas, por meio de números arábicos sobrescritos após o texto - um pouco acima da linha do texto, após a pontuação. Exemplo:

- Com base nos achados histológicos, os FHM foram divididos em cinco tipos histológicos.[4]
- Marcadores imunohistoquímicos para histiócitos e células derivadas do mesênquima, como a alfa-1 antitripsina, "têm se mostrado

úteis na discriminação entre os FHM e as neoplasias de origem epitelial."[8]

As referências citadas somente em tabelas ou em legendas devem ser numeradas de acordo com a seqüência estabelecida pela primeira identificação no texto da tabela ou figura particular.

1.5.3 Informar as URLs (links ativos) para as referências online. Dar preferência para links persistentes como o DOI (Digital Object Identifier).CLIQUE AQUI para pesquisar o DOI das referências citadas.

2.ÉTICA EM PESQUISA

2.1 Princípios éticos: a pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios - desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela Conep, quando necessário - possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas). Pela Internet é possível a todos os envolvidos o acesso, por meio de um ambiente compartilhado, às informações em conjunto, diminuindo de forma significativa o tempo de trâmite dos projetos em todo o sistema CEP/CONEP.

2.2 Parecer CEP: todos os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente (parecer CEP aprovado), na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica).

2.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: casos clínicos devem submeter documento suplementar com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo paciente ou seu responsável legal autorizando a publicação do caso.

Acesse o MODELO TCLE sugerido pela RBMFC.

O Conselho Editorial da RBMFC se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

2.4 Plagiarismo: significa copiar ou assinar uma obra - em partes ou totalmente reproduzida- sem dar os devidos créditos ao autor original. Considerado crime de violação de direito autoral previsto no código penal brasileiro e na lei 9610. Para evitar plágio, sugerimos aos autores que estejam atentos às recomendações a seguir:

2.4.1 Paráfrase: coloque a ideia com suas próprias palavras. Certifique-se para não copiar literalmente mais de duas palavras em uma linha do texto. Caso utilize trechos maiores é necessário colocá-los entre aspas.

2.4.2 Citação: siga as diretrizes de formatação de documentos do estilo Vancouver. Envolve a adição dos nomes dos autores e a data da publicação ou informação similar. Não citar corretamente pode constituir plágio. Ao citar uma fonte, utilize a frase exatamente como aparece no texto original. Citações em bloco, ou seja, citações de 40 palavras ou mais, são desaconselhadas.

2.4.3 Citando citação: essa prática envolve a adição de um número de página ou um número de parágrafo, no caso de conteúdo web.

2.4.4 Auto citação: caso os autores utilizem ideias próprias, porém já publicadas anteriormente, devem se auto citar. Utilizar material já publicado sem referenciá-lo adequadamente denomina-se autoplágio.

IMPORTANTE:

- **Em caso de identificação de plágio no manuscrito, tanto por nossos avaliadores como pelos editores, a submissão será rejeitada e arquivada e os autores informados na sequência.**

3. CONFLITO DE INTERESSES

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.

CLIQUE AQUI e acesse Modelo de Declaração de Conflito de Interesses.

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. SUBMISSÃO ELETRÔNICA

A submissão de artigos para a RBMFC é feita eletronicamente apenas, e os textos deverão ser remetidos por meio da plataforma SEER, acessada em www.rbmfc.org.br. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Durante o processo de submissão eletrônica, o autor responsável, além de enviar o "arquivo DOC" do artigo, deverá informar ainda:

- A Seção da RBMFC a que se destina o artigo;
- O idioma do artigo;
- Os nomes completos (no formato: somente iniciais maiúsculas "João Francisco da Silva"), endereços eletrônicos e as afiliações institucionais (no formato: Instituição (SIGLA). Cidade, Estado e País) de todos os autores; e
- Eventuais conflitos de interesses dos autores (declarar no formulário da submissão e inserir declaração, na forma de documento suplementar no item 04 da submissão eletrônica).

6. CRITÉRIOS DE AUTORIA

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. O reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

6.1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;

6.2. Redação do manuscrito ou;

6.3 Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas. No Passo 1 da submissão eletrônica de artigos, os autores deverão concordar com a responsabilidade de autoria, marcando a primeira caixa de seleção das Condições para Submissão.

6.4 Autores: devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

6.5 Após a aprovação do artigo, e antes da publicação final, todos os autores deverão especificar suas contribuições individuais na elaboração do artigo, enviando para o e-mail rbmfc@sbmfc.org.br "declaração de autoria e de responsabilidade", em formato PDF, com as assinaturas digitalizadas.

6.5.1 Modelo de Declaração de Autoria e Responsabilidade

7. AGRADECIMENTOS

Quando existirem agradecimentos a colaborador(es) que não se enquadra(m) na condição de autor(es), estes deverão compor um texto num arquivo DOC a parte, que deverá ser transferido na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos.

8. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO MANUSCRITO

8.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pela plataforma SEER. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas na plataforma SEER.
8.2 O contato com a Secretaria Editorial da RBMFC deverá ser feito através da plataforma SEER ou pelo e-mail dos editores.

9. DÚVIDAS E ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC

Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401

Centro – Rio de Janeiro – RJ - Brasil
CEP: 20031-040

Endereço eletrônico: rbmfc@sbmfc.org.br

Editor

Dr. Armando Henrique Norman

Editores Adjuntos

Josane Araujo Norman

Thayse Palhano de Melo

Editor Artigos de Revisão Clínica

Dr. Michael Schmidt Duncan

Secretário Executivo/Bibliotecário CRB-14/1268

David Matos Milhomens

david@sbmfc.org.br

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Declaro que participei de forma significativa na construção e formação deste estudo ou da análise e interpretação dos dados, como também na redação deste texto, tendo, enquanto autor, responsabilidade pública pelo conteúdo deste. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido à apreciação do Conselho Editorial de outra publicação.
2. O arquivo do manuscrito está em formato doc tamanho A4 – formato de letra Fonte Arial, tamanho 11, espaçamento entre linhas 1,5 e numeração seqüencial em todas as páginas no canto inferior direito. Margem esquerda/superior 3cm e direita/inferior 2cm.
3. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis

em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

O arquivo DOC não contém nome e instituição de nenhum dos autores do artigo e nem nas propriedades do arquivo.

4. Cópia do parecer do CEP. Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos estão acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente, na forma de "documento suplementar" (item 04 da submissão eletrônica). Número de aprovação pelo CEP no método.

5. URLs (links) para as referências foram informadas quando possível.

   Inseri os links DOI quando possível. Pesquisar em:

   http://www.crossref.org/SimpleTextQuery/

6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Declaração de Direito Autoral

Esta revista proporciona acesso público a todo seu conteúdo, seguindo o princípio de que tornar gratuito o acesso a pesquisas gera um maior intercâmbio global de conhecimento. Tal acesso está associado a um crescimento da leitura e citação do trabalho de um autor. Para maiores informações sobre esta abordagem, visite **Public Knowledge Project**, projeto que desenvolveu este sistema para melhorar a qualidade acadêmica e pública da pesquisa, distribuindo o OJS assim como outros software de apoio ao sistema de publicação de acesso público a fontes acadêmicas. Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

RBMFC está sob licença Creative Commons Atribuição-Uso não-comercial 3.0 Brasil License.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Indexada em:

Filiada à:

Apoio:

RBMFC está sob licença Creative Commons Atribuição-Uso não-comercial 3.0 Brasil License.

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)
ISSN 2179-7994 (Online) - 1809-5909 (Impresso)
rbmfc@sbmfc.org.br
Rio de Janeiro - RJ - Brasil