

**VÍNCULO COMO DIMENSÃO DA LONGITUDINALIDADE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÃO LUÍS
MAIO - 2012
SIANE ROCHA DE ALMEIDA

VÍNCULO COMO DIMENSÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva do da Universidade Federal do Maranhão.

Orientador (a): Professora Doutora Liberata Campos Coimbra.

SÃO LUÍS
MAIO - 2012

Pinheiro, Siane Rocha de Almeida

Vínculo como dimensão da Longitudinalidade na Estratégia
Saúde da Família/ Siane Rocha de Almeida Pinheiro.– 2012.
105f.

Impresso por computador (Fotocópia)

Orientadora: Prof. Dra. Liberata Campos Coimbra

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão –
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

1. Saúde Pública – Família – São Luís. 2. Atenção
Primária em Saúde. 3. Avaliação. I. Título.

CDU 614.2 (812.1)

VÍNCULO COMO DIMENSÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SIANE ROCHA DE ALMEIDA PINHEIRO

Dissertação defendida em 08 de maio de 2012, perante banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Professora Doutora Liberata Campos Coimbra
Departamento de Enfermagem
Orientadora
UFMA

Professora Doutora Maria Guadalupe Medina
Instituto de Saúde Coletiva
Examinador Externo
UFBA

Professora Doutora Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Departamento de Saúde Pública
Examinador Interno
UFMA

Aos meus pais Valdir Machado de Almeida e Marinalva Rocha de Almeida que se dedicaram à minha educação e bem estar, amor incondicional e a mostrar que é sempre possível vencer os obstáculos. Ao meu esposo, Sandro, por seu amor, paciência e companheirismo no dia-a-dia.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tornar o esforço em realidade.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para a construção deste estudo.

À Secretaria de Saúde do Município de São Luis, por permitir e apoiar a nossa presença nas Unidades da Estratégia Saúde da Família, além da disposição em nos atender quando necessário.

Aos gestores e profissionais da Atenção Básica do Município de São Luís que abriram mão de parte de seu tempo de trabalho para nos atender e tentar compreender quão importante é esta busca.

Aos usuários da Atenção Básica do Município de São Luís que se colocaram e se disponibilizaram, mesmo com todas as dificuldades de tempo, entendimento e estranhamento, contribuíram de forma única para o crescimento e aprimoramento da Atenção Básica do Município.

À minha orientadora, Prof. Dra. Liberata Campos Coimbra, que por muitas vezes foi mais do que mestre, passou a ser mãe, amiga e psicóloga, me deu apoio e força nas horas difíceis, nos momentos em que é necessário um suporte para continuarmos caminhando.

A todos os professores do Mestrado pelo aprendizado e crescimento profissional. Em especial, aos professores Antonio Augusto Moura da Silva e Alcione Miranda dos Santos pelo suporte técnico de todas as horas.

Às colegas (Nilza Pinheiro, Regimarina Reis, Sabrina Varão, Maria das Dores Souza e Monyk Neves) que em alguns momentos se tornaram mais do que isso; se tornaram sócias, parceiras, companheiras, cúmplices e amigas.

A todos da turma do Mestrado 2010-2012 de Saúde Coletiva da UFMA por compartilhar momentos que ficarão marcados para o resto da minha vida.

Aos alunos voluntários das graduações de Enfermagem e Medicina, alunos bolsistas, além de pessoas que passaram, ajudaram, deixaram sua contribuição, mas se foram.

À Laodicéia Mota Ataíde, pela digitação dos dados.

À Sônia Viana e Leila Maria Rocha, pelo auxílio de todos os momentos.

Ao Hospital em que trabalho pelo programa de incentivo à formação profissional, principalmente pelo apoio dado pelas minhas lideranças, Enfermeira Elisete Lurdes Cassol e Enfermeira Daniela Vaz Barbaço Burnett.

Às minhas colegas de trabalho que por muitas vezes se sacrificaram para que eu pudesse estar presente nas aulas e conseguir atingir o meu objetivo.

À minha amiga-irmã, Leyla Adriana Guimarães Santos, que se faz presente em todos os momentos que precisei do seu apoio e da sua palavra de incentivo.

Aos meus tios, tias, primos e primas que bem de longe torcem por minhas conquistas.

Aos meus pais, Valdir Machado de Almeida e Marinalva Rocha de Almeida, pelo amor que dispensam a mim, desde meu primeiro dia de vida.

Às minhas irmãs que tornaram a vida mais doce por ser compartilhada em suas companhias.

À minha afilhada, Emily Almeida Flores, que trouxe amor, alegria, inocência e a minha infância de volta.

Ao meu esposo, Sandro Pinheiro Mendes, que faz a minha vida acontecer de forma mais leve, segura e amorosa.

PINHEIRO, Siane Rocha de Almeida. Vínculo como dimensão da longitudinalidade na Estratégia Saúde da Família, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 105p.

RESUMO

Introdução: As redes de atenção à saúde propostas para reorganização do modelo assistencial devem ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Para desempenhar este papel, ela deverá ter qualidade. Starfield (1992) tomou como ponto de partida para avaliação da APS, a definição dos atributos essenciais, sendo a longitudinalidade um deles. A limitação conceitual deste atributo e a indefinição de métodos para avaliá-lo é consenso na literatura. Portanto, parece mais razoável avaliar vínculo interpessoal, pois reflete a qualidade da relação entre os usuários e profissionais. **Objetivos:** Avaliar o vínculo entre a equipe e os usuários, de acordo com a percepção dos gestores, profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família do município de São Luís. **Método:** Foram selecionados 882 usuários por amostra aleatória simples e distribuídos em 20 Unidades de Saúde da Família sorteadas. Participaram também 80 profissionais e 32 gestores da ESF. Utilizou-se PCATool adaptado para o Brasil. A quantificação da avaliação foi feita por escores que podiam variar de 1 a 6 e através de escala de Likert. Os testes utilizados foram Kruskal-Wallis e qui-quadrado. **Resultados:** O Índice Composto do Vínculo para usuários foi de 4,44, profissionais 4,62 e gestores 4,77, sendo a sua obtenção de 41% a 60% da sua totalidade. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que não houve discordância entre os três sujeitos da pesquisa e o teste qui-quadrado, mostrou que a avaliação dos usuários em geral foi a melhor. **Conclusão:** O Índice Composto do Vínculo obtido no estudo sugere uma extensão na APS a melhorar, não havendo diferença entre as percepções dos sujeitos avaliados. Esta informação reflete quão frágil é a relação dos profissionais com os usuários e a inadequação do serviço para assumir a coordenação do sistema. Reforça também a importância de se colocar a questão na agenda de discussão da Gestão da Atenção Básica do Município de São Luís mediante sua relevância.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde. Avaliação na atenção primária. Vínculo.

PINHEIRO, Siane Rocha de Almeida. Vínculo como dimensão da longitudinalidade na Estratégia Saúde da Família, 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 105p.

ABSTRACT

Introduction: Networks of health care proposals to reorganize the healthcare model should be coordinated by the Primary Health Care. To fulfill this role, she must have quality. Starfield (1992) taken as starting point for evaluation of Primary Care in defining the essential attributes being longitudinality one. The conceptual limitations of this attribute and the lack of methods to evaluate it is a consensus in the literature. Therefore, it seems more reasonable to assess interpersonal bonding, because it reflects the quality of the relationship between users and professionals. **Objective:** To evaluate the relationship between staff and users, according to the perceptions of managers, professionals and users of the Family Health Program in São Luís. **Methods:** 882 users were selected by simple random sampling and distributed in 20 Family Health Units drawn. Also participating were 80 professionals and 32 managers of the Health Family. Was used PCATool adapted to Brazil. Quantitation was performed by evaluation scores, which could range 1-6 and by Likert scale. The tests used were Kruskal-Wallis and chi-square. **Results:** The Composite Index of the Bond was 4,44 for users, 4,62 for professionals and 4,77 for managers, and its acquisition of 41% to 60% of its total. The Kruskal-Wallis test showed that there was no disagreement between the three research subjects and chi-square test showed that the evaluation of general users was the best. **Conclusion:** The Composite Index of the contract obtained in this study suggests an extension in the Primary Care to improve, with no difference between the perceptions of the subjects evaluated. This information reflects how fragile is the relationship between professionals and users and the inadequacy of the service to take over the coordination of the system. It also reinforces the importance of putting the issue on the agenda for discussion of the Primary Care Management of the Municipality of Sao Luis by relevance.

Keywords: Primary Health Care. Primary Health Evaluation. Link.

LISTA DE TABELAS

	p.
Tabela 1. Percepção dos gestores da ESF sobre o vínculo, de acordo com a adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade	34

informativa. São Luís, 2010.

Tabela 2	Percepção dos profissionais da ESF sobre o vínculo, de acordo com a adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade informativa. São Luís, 2010.	35
Tabela 3	Percepção dos usuários da ESF sobre o vínculo, de acordo com a adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade informativa. São Luís, 2010.	36
Tabela 4	Escores dos indicadores, Índice Composto do Vínculo e concordância entre as percepções dos sujeitos, segundo usuários, profissionais e gestores. São Luis, 2010.	37
Tabela 5	Análise da concordância entre as percepções dos gestores, profissionais e usuários da ESF quanto a maior extensão do Vínculo, a partir das suas categorias. São Luís, 2010.	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde

CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

	P.
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	04

2.1	Objetivo Geral	04
2.2	Objetivos Específicos	04
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	05
4.	ARTIGO A SER SUBMETIDO	09
5.	CONCLUSÕES	48
	REFERÊNCIAS	49
	APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais e Gestores)	57
	APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Usuários e Acompanhantes)	58
	ANEXO A - Questionário para profissionais	59
	ANEXO B - Questionário para gestores	67
	ANEXO C - Questionário para acompanhantes	75
	ANEXO D - Questionário para usuários	81
	ANEXO E - Cartão de Resposta	94
	ANEXO F – Normas para publicação	95
	ANEXO G – Autorização para coleta de dados nas Unidades de Saúde	103
	ANEXO H - Parecer consubstanciado	104
	ANEXO I – Autorização para utilização dos instrumentos	105

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), desde Alma-Ata em 1978, tem sido considerada imprescindível para a organização dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Se por um lado há consenso com relação à sua importância, por outro, as formas de organização e operacionalização da APS são bastante diferenciadas, e no Brasil vigoram distintos modelos (GIOVANELLA, 2009).

Entre as razões que justificam a renovação da APS estão: a aparição dos novos desafios epidemiológicos, a necessidade de corrigir as debilidades e inconsistências presentes, o desenvolvimento de novos conhecimentos e instrumentos sobre melhores práticas. Aplicar um enfoque renovado da APS é uma condição essencial para enfrentar os determinantes sociais da saúde e alcançar o mais alto nível de saúde possível para cada pessoa (MACINKO et al., 2007).

Segundo MENDES (2008), há a necessidade de implantação de redes de atenção à saúde como forma de organização do modelo assistencial coordenado pela Atenção Básica. Para o autor, as redes compreendem organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, atreladas entre si por objetivos comuns e por ação cooperativa, que permite ofertar a determinada população uma atenção contínua e integral.

Entretanto, se a Atenção Primária é posta para coordenar o modelo assistencial e for a porta de entrada preferencial deste, deve-se saber se ela tem capacidade para tal demanda, portanto há necessidade de avaliá-la.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS, 2002).

O conceito de APS, sistematizado por Starfield (1992), toma como ponto de partida a definição de suas características essenciais. Para a autora, a APS é uma orientação do sistema de saúde para assegurar: a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; atenção para todas as enfermidades, excetuando-se aquelas muito incomuns ou raras; integração da atenção oferecida em algum outro lugar (outro nível de atenção) ou por outrem; e atenção sobre a pessoa de maneira longitudinal. De tal conceito captam-se os quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, integralidade, integração (ou coordenação) e longitudinalidade.

Baseado, nos atributos da APS, foram e, são ainda, realizados vários estudos comparativos no intuito de identificar o modelo com maior capacidade e extensão destes, entre as Unidades da Estratégia Saúde da Família e as Unidades Tradicionais, sendo o primeiro modelo, aquele melhor avaliado na sua maioria (IBAÑEZ, ROCHA e CASTRO 2006; ALMEIDA e MACINKO 2006; OLIVEIRA 2007; TRINDADE 2007; CHOMATAS 2009; ZILS 2009; SALA, LUPPI, SIMÕES e MARSIGLIA 2011; LEÃO 2011a, LEÃO 2011b). Internacionalmente também são realizados estudos comparativos para avaliar a melhor experiência em APS, através da percepção dos usuários, como em Hong Kong, Wong et al (2010) verificou maior acessibilidade, melhores relacionamentos interpessoais oferecidos pelo serviço privado e que este obteve um escore maior para o cuidado centrado na pessoa.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada em 2006, foi elaborada para dar suporte à necessidade de normatizar a ESF. Após o esforço da sua implantação e expansão, alguns estudos foram feitos com o objetivo de avaliar o impacto da ESF para a redução da mortalidade infantil (MACINKO 2007, AQUINO et al, 2009), das internações por causas sensíveis à APS (ICSAP) (COSTA 2008, GUANAIS e MACINKO 2009, MENDONÇA 2009, MACINKO 2010) e para a melhora da qualidade da informação referente a qualidade de vida da população e redução da morte infantil sem assistência (ROSELHA 2010).

A Longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS, e é uma palavra derivada de longitudinal, que é definido como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. Embora a palavra continuidade seja usualmente empregada no lugar de longitudinalidade, esta última transmite melhor a idéia do que a anterior. Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde através da qual os profissionais passam a conhecer os usuários e vice versa. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação (STARFIELD, 2004).

Segundo Oliveira e Spiri (2006), o Ministério da Saúde elegeu como ponto central da Estratégia Saúde da Família (ESF) o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isto, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento

do profissional como participante de seu tratamento, passando o usuário a tê-lo como referência.

Dentro dessa lógica, a criação de vínculo de co-responsabilidade entre a equipe e a população acompanhada, facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2004). Em concordância com essa idéia e dentro da perspectiva da atenção centrada na pessoa e na família, descrita por MENDES (2011), se convoca habilidades comunicacionais singulares das pessoas usuárias e das equipes de saúde.

Existem vários métodos de avaliação da longitudinalidade da atenção. Esses métodos, que avaliam o atendimento da longitudinalidade podem ser oportunos, posto que tal atributo esteja relacionado à efetividade na APS, e em sua maioria pode ser adaptada para uso em pesquisas e estudos com base na população e nas unidades de saúde. Por outro lado, a palavra longitudinalidade não é usual na literatura nacional, tão pouco há consenso quanto a sua definição e forma de medição. (STARFIELD 2004; CUNHA EM, GIOVANELLA L, 2008).

Portanto, o estudo tem o desafio de buscar investigar a longitudinalidade como atributo da Atenção Primária, através do vínculo, no âmbito da Estratégia Saúde da Família do Município de São Luís.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o vínculo, como dimensão da longitudinalidade, entre a equipe e os usuários, de acordo com a percepção dos profissionais, gestores e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Luís.

2.2 Específicos

Caracterizar o perfil dos gestores e profissionais da ESF;

Caracterizar a população usuária dos serviços da ESF de acordo com fatores sócio-econômicos, demográficos e estado de saúde;

Avaliar o vínculo entre a equipe e os usuários da ESF, de acordo com as dimensões da adscrição da clientela, relação interpessoal e continuidade informacional;

Avaliar a concordância nas respostas dos gestores, profissionais e usuários sobre a existência do vínculo entre a equipe e os usuários da ESF.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um usuário e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. Por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os usuários e estes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo. Portanto, o termo longitudinalidade oferece um sentido muito melhor sobre a característica que é uma parte crucial da atenção primária (ALPERT e CHARNEY, 1971 *apud* STARFIELD, 2004).

Para Starfield (2004), longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou necessitar de encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

O uso dos serviços ao longo do tempo é referido como longitudinalidade temporal e nem sempre sua avaliação é possível, em função das limitações dos sistemas de informação. Ademais, discute-se que a qualidade da relação não está diretamente relacionada ao tempo de duração da mesma, uma relação de longa duração pode se estabelecer num relacionamento ruim, enquanto um bom relacionamento pode se desenvolver até mesmo em curto período de tempo. Assim, parece mais razoável avaliar uma característica que melhor reflete a qualidade da relação entre os indivíduos e sua fonte de atenção é a longitudinalidade pessoal, também chamada de vínculo interpessoal entre os indivíduos e sua fonte de atenção. Uma das formas de proceder a esta avaliação é investigando se os cuidados dispensados na atenção primária têm enfoque na pessoa como um todo e no conhecimento dos profissionais sobre o usuário (STARFIELD, 2004).

O conceito de vínculo apresenta uma interface com outros grandes conceitos em saúde pública como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da co-gestão (GOMES E SÁ, 2009).

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de

desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (BRASIL, 2004). Essa discussão corrobora com a idéia de Machado (2007) e reforça a noção de que o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto a sua saúde.

Ainda segundo Machado (2007), o vínculo com usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não se estabelece vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Ao mesmo tempo, como condição básica para a construção do vínculo, deve-se considerar a capacidade da equipe de se responsabilizar pela atenção integral à saúde da população adscrita. Portanto, é importante que as equipes estejam preparadas tecnicamente para apoiar, colocando-se à disposição em meio a tantas necessidades surgidas, pois o conhecimento e os significados construídos e introjetados pelos diferentes sujeitos, ao longo de suas experiências de vida, influenciam suas ações (GOMES E SÁ, 2009).

Saber ouvir e escutar as queixas faz com que haja um sentimento, por parte do usuário, de que ele é importante, aumentando a confiança no profissional e, conseqüentemente, facilita a formação do vínculo, como já foi dito. O atendimento de qualidade, também, faz com que o usuário sinta que seus direitos de cidadão estão sendo garantidos e respeitados (MONTEIRO et al., 2009).

Segundo Starfield (2004), a longitudinalidade da atenção não é tão bem alcançada por determinados segmentos da população, especialmente indivíduos de classe social mais baixa e outros grupos relativamente desprovidos. Este atributo da APS está associado a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos usuários, menos hospitalizações e custo total mais baixo. E ainda, envolve uma relação com um profissional específico conferindo benefícios que são mais extensivos do que aqueles envolvendo apenas uma relação com um local específico.

Cunha (2009) elegeu a fonte regular de cuidados ou adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade informacional como dimensões do vínculo longitudinal. Para elege essas dimensões a mesma fez revisão de trabalhos que avaliaram a APS a partir dos quatro atributos eleitos pela Bárbara Starfield. Nessas pesquisas foram adaptadas questões do PCATool, para o qual diferentes informantes serviram como fonte de dados. De modo a adequar ao estudo, utilizamos apenas os critérios utilizados no estudo de Almeida e Macinko (2006), por ser este estudo o de nossa referência.

Segundo Almeida e Macinko (2006), a fonte regular de cuidados de Atenção Primária remete à identificação de uma fonte regular de cuidados pressupõe que a população deve reconhecer a Unidade Básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde. Tal identificação por parte da população depende, em primeiro plano, da oferta e da disponibilidade dessa fonte, que deve estar em consonância, em termos qualitativos e quantitativos, com as necessidades de saúde da população local. Torna-se pertinente, no entanto, investigar a existência, por parte da população adscrita, o real reconhecimento das unidades de PSF como fonte regular de cuidados.

O estabelecimento da relação interpessoal, no contexto brasileiro, está explícito na Política Nacional de Atenção Básica, que traz o vínculo entre as equipes de Atenção Primária e a população adscrita como um dos princípios deste nível de atenção. Em todo caso, vínculo pressupõe, em primeiro plano, uma boa relação médico usuário (no caso do PSF, profissionais de saúde-usuário). Esta relação, por sua vez, remete ao campo da bioética, pois envolve questões como poder e dependência entre sujeitos com diferentes níveis de informação, além de práticas que podem levar a danos. (...) Por muitas vezes, o usuário não é percebido em sua integralidade. Suas queixas psicossociais, quando ouvidas, não são levadas em consideração. Além do mais, não se promove a autonomia do usuário, uma vez que não há a preocupação de esclarecer, ao sujeito do cuidado, o diagnóstico e as possibilidades terapêuticas. Em se tratando das estratégias de avaliação do vínculo entre os usuários e a equipe de APS, dadas às características envolvidas, há de se considerar a opinião do usuário (CUNHA, 2009).

A continuidade informacional, considerada a base da longitudinalidade, diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o usuário por parte da equipe de saúde. Este acúmulo de conhecimento, que é dinâmico, deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a sua avaliação. Na Atenção Primária, os registros em saúde devem contemplar não só aspectos

clínicos, mas também características sociodemográficas, valores e situação familiar do paciente. Estas características interferem na condição de saúde do usuário e também podem constituir-se em empecilho na sua adesão às recomendações dos profissionais de saúde (CUNHA, 2009).

Portanto, as categorias acima descritas foram utilizadas para a análise do vínculo, e a partir das avaliações da APS já realizadas, podemos obter comparativos com outros contextos, sobre este atributo.

Almeida e Macinko (2006) testou uma metodologia de avaliação rápida da APS no município de Petrópolis, onde foi verificado que a unidade da ESF estabelece um vínculo maior com a população do que os outros tipos de serviços de atenção básica, para gestores e profissionais, entretanto para os usuários esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Em Uberaba foi realizado um estudo de avaliação, onde foram avaliados os atributos da acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção. No que se refere a este último, o estudo fala a favor de um vínculo frágil entre a população adscrita e os profissionais de saúde das unidades de referência para atenção primária (MARTINS, 2006).

Strolen (2008) em estudo de avaliação comparando desempenho dos serviços da APS, realizado nas grandes cidades de Goiás e Mato Grosso do Sul, observou grande diferença entre a percepção dos profissionais e usuários, sendo a avaliação destes pior na maioria dos aspectos avaliados, sendo os piores resultados nos atributos acesso e orientação familiar. Obteve ainda resultados baixos para o índice composto, revelando baixa extensão dos atributos na amostra estudada.

No estudo de Ibañez (2006) em São Paulo foi verificado que nos municípios com indicadores sociais menos favoráveis é possível evidenciar que as dimensões do vínculo, entre outras foram mais bem avaliadas pelos profissionais da ESF.

3. ARTIGO A SER SUBMETIDO

VÍNCULO COMO DIMENSÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

(A ser submetida à Revista Ciência e Saúde Coletiva)

RESUMO

As redes de atenção à saúde devem ser coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), entretanto deverá estar qualificada. Starfield (1992) para avaliar a APS, se baseou na definição dos atributos essenciais, sendo a longitudinalidade um deles. Para avaliá-lo, mais comumente, se utiliza o vínculo, pois reflete a qualidade da relação entre os usuários e profissionais. O objetivo aqui foi avaliar o vínculo entre a equipe e os usuários, de acordo com a percepção dos gestores, profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família em São Luís. Para tanto, foram selecionados 882 usuários, 80 profissionais e 32 gestores. Utilizou-se PCATool adaptado para o Brasil. A quantificação foi feita por escores de 1 a 6 e através de escala de Likert. Os testes utilizados foram Kruskal-Wallis e qui-quadrado. O Índice Composto do Vínculo (ICV) para usuários, profissionais e gestores obteve de 41% a 60% da sua totalidade. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que não houve discordância entre os sujeitos da pesquisa e o teste qui-quadrado, mostrou que a avaliação dos usuários em geral foi a melhor. O ICV obtido no estudo sugere uma extensão na APS a melhorar, não havendo diferença entre as percepções dos sujeitos. Esta informação reflete a fragilidade na relação dos profissionais com os usuários e a inadequação do serviço para assumir a coordenação do sistema.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Avaliação na Atenção Primária, Vínculo.

ABSTRACT

LINK AS LONGITUDINALITY SIZE IN FAMILY HEALTH STRATEGY

Networks of health care should be coordinated by the Primary Health Care (PHC), but must be qualified. Starfield (1992) to assess the PHC, is based on defining the essential attributes being longitudinality one. To evaluate it, more commonly, using the link, it reflects the quality of the relationship between users and professionals. The goal here was to evaluate the link between staff and users, according to the perceptions of managers, professionals and users of the Family Health Program in São Luís. Therefore, we selected 882 users, 80 professionals and 32 managers. Was used PCATool adapted to Brazil. Quantitation was done by scores 1-6 and by Likert scale. The tests used were Kruskal-Wallis and chi-square. The Composite Index of the Bond (CIB) for users, professionals and managers got 41% to 60% of its total. The Kruskal-Wallis test showed that there was no disagreement between the subjects and the chi-square test showed that the evaluation of general users was the best. The CIB obtained in this study suggests an extension in the PHC to improve, with no difference between the perceptions of subjects. This information reflects the weakness in the relationship between professionals and users and the inadequacy of the service to take over the coordination of the system.

Keywords: Primary Health Assessment, Evaluate in Primary Care, Link.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), desde Alma-Ata em 1978, tem sido considerada imprescindível para a organização dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Se por um lado há consenso com relação à sua importância, por outro, as formas de organização e operacionalização da APS são bastante diferenciadas, e no Brasil vigoram distintos modelos¹.

Entre as razões que justificam a renovação da APS estão: a aparição dos novos desafios epidemiológicos, a necessidade de corrigir as debilidades e inconsistências presentes, o desenvolvimento de novos conhecimentos e instrumentos sobre melhores práticas. Aplicar um enfoque renovado da APS é uma condição essencial para enfrentar os determinantes sociais da saúde e alcançar o mais alto nível de saúde possível para cada pessoa².

Segundo MENDES³ (2008), há a necessidade de implantação de redes de atenção à saúde como forma de organização do modelo assistencial coordenado pela Atenção Básica. Para o autor, as redes compreendem organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde, atreladas entre si por objetivos comuns e por ação cooperativa, que permite ofertar a determinada população uma atenção contínua e integral.

Entretanto, se a Atenção Primária é posta para coordenar o modelo assistencial e for a porta de entrada preferencial deste, deve-se saber se ela tem capacidade para tal demanda, portanto há necessidade de avaliá-la.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão⁴.

O conceito de APS, sistematizado por Starfield⁵, toma como ponto de partida a definição de suas características essenciais. Para a autora, a APS é uma orientação do sistema de saúde para assegurar: a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; atenção para todas as enfermidades, excetuando-se aquelas muito incomuns ou raras; integração da atenção oferecida em algum outro lugar (outro nível de atenção) ou por outrem; e atenção sobre a pessoa de maneira longitudinal. De tal conceito captam-se os quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, integralidade, integração (ou coordenação) e longitudinalidade.

Baseado, nos atributos da APS, foram e, são ainda, realizados vários estudos comparativos no intuito de identificar o modelo com maior capacidade e extensão destes, entre as Unidades da Estratégia Saúde da Família e as Unidades Tradicionais, sendo o primeiro modelo, aquele melhor avaliado na sua maioria^{6,7,8,9,10,11,12,13,14}. Internacionalmente também são realizados estudos comparativos para avaliar a melhor experiência em APS, através da percepção dos usuários, como em Hong Kong, Wong et al¹⁵ verificou maior acessibilidade, melhores relacionamentos interpessoais oferecidos pelo serviço privado e que este obteve um escore maior para o cuidado centrado na pessoa.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada em 2006, foi elaborada para dar suporte à necessidade de normatizar a ESF. Após o esforço da sua implantação e expansão, alguns estudos foram feitos com o objetivo de avaliar o impacto da ESF para a redução da mortalidade infantil^{16,17}, das internações por causas sensíveis à APS (ICSAP)^{18,19,20,21} e para a melhora da qualidade da informação referente a qualidade de vida da população e redução da morte infantil sem assistência²².

A Longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS, e é uma palavra derivada de longitudinal, que é definido como lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos. Embora a palavra continuidade seja usualmente empregada no lugar de longitudinalidade, esta última transmite melhor a idéia do que a anterior. Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde através da qual os profissionais passam a conhecer os usuários e vice versa. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação²³.

Segundo Oliveira e Spiri²⁴, o Ministério da Saúde elegeu como ponto central da Estratégia Saúde da Família (ESF) o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isto, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o usuário a tê-lo como referência.

Dentro dessa lógica, a criação de vínculo de co-responsabilidade entre a equipe e a população acompanhada, facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade²⁵. Em concordância com essa idéia

e dentro da perspectiva da atenção centrada na pessoa e na família, descrita por MENDES²⁶, se convoca habilidades comunicacionais singulares das pessoas usuárias e das equipes de saúde.

Existem vários métodos de avaliação da longitudinalidade da atenção. Esses métodos, que avaliam o atendimento da longitudinalidade podem ser oportunos, posto que tal atributo esteja relacionado à efetividade na APS, e em sua maioria pode ser adaptada para uso em pesquisas e estudos com base na população e nas unidades de saúde. Por outro lado a palavra longitudinalidade não é usual na literatura nacional, tão pouco há consenso quanto a sua definição e forma de medição^{23,27}.

Portanto, o estudo tem o objetivo de avaliar o vínculo, como dimensão da longitudinalidade, entre a equipe e os usuários, de acordo com a percepção dos profissionais, gestores e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Luís.

METODOLOGIA

Este estudo compõe uma pesquisa mais ampla denominada “Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no município de São Luís, Maranhão”, que tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Básica em Saúde oferecida no referido município pelas Equipes de Saúde da Família por meio de informações obtidas do gestor, do profissional de saúde e da experiência de utilização dos serviços pelos usuários.

1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo de abordagem quantitativa descritiva da Estratégia Saúde da Família no que concerne a uma das suas atribuições essenciais: a longitudinalidade da atenção.

2. Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, que ocupa uma área de 834, 780 Km² em um Estado de 331.935,507 Km². Segundo dados do Censo 2010 – IBGE, o município possui 1.014.837 habitantes.

Segundo o último levantamento de dados do [IBGE](#)²⁸ a cidade era a 26º economia nacional entre os mais de 5.564 municípios brasileiros, ocupando a 14º posição entre as capitais.

Segundo a Secretaria de Saúde de São Luís – SEMUS (2008), o município é habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e é subdividido em sete Distritos Sanitários: Bequimão, Coroadinho, Centro, Tirirical, Itaqui, Cohab e Vila Esperança.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em janeiro do ano de 2009 existiam 96 Equipes de Saúde da Família. Ressalte-se o fato de que no município somente são consideradas Unidades de Atenção Básica aquelas que tem Equipe de Saúde da Família.

A rede de serviços de saúde do município de São Luis, em julho de 2011, está composta por 41 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde funcionam 91 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 02 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 04 Unidades

Mistas, 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 03 Centros de Especialidades Médicas, 04 Projetos Salvamar, 04 Hospitais de Urgência e Emergência, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), 02 Centros de Atendimento Psicossocial, 03 Residências Terapêuticas, 01 Hospital da Mulher e 01 Maternidade, segundo informações cedidas pela gestão municipal.

3. População e amostragem

A população de referência deste estudo é composta pelos gestores, profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família em São Luís.

Para gestores e profissionais foi utilizada toda a população, 54 gestores (os 39 diretores das Unidades de Saúde da Família, os 12 supervisores de área da ESF, e os três coordenadores de nível central da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS), 178 médicos e enfermeiros das 89 equipes (89 médicos e 89 enfermeiros). Para os gestores foi adotado como critério de inclusão ter pelo menos seis meses de experiência na função de gestão da ESF e para os profissionais a atuação na equipe da ESF há pelo menos seis meses.

Portanto, pelos critérios de inclusão e pela não aceitação da participação na pesquisa (perda de 35,9%), participaram 32 gestores que representaram esta população.

No decorrer da coleta de dados foi verificado que estavam em atividade somente 79 equipes de Saúde da Família, totalizando 158 profissionais médicos e enfermeiros atuantes nas ESF. Destes, pelos critérios de inclusão e pela não aceitação da participação na pesquisa (perda de 49,4%), participaram 80 profissionais da pesquisa (22 médicos e 58 enfermeiros).

Não foram incluídos na pesquisa: 12,7% dos profissionais e 12,8% dos gestores por não atenderem ao critério de inclusão de atuar na equipe há pelo menos seis meses; 15,8% dos profissionais e 7,7% dos gestores que se recusaram a participar; 14,5% dos profissionais e 15,4% dos gestores com os quais não foi conseguido contato por telefone ou por visita nas Unidades de Saúde; e 6,4% dos profissionais que estavam de licença ou férias.

Trabalhou-se com amostra por conglomerado de usuários selecionados em duas etapas. O tamanho da amostra foi calculado em 834 usuários, acrescidos de 10% para cobrir possíveis perdas, totalizando 917 usuários. No cálculo foi necessário controlar a correlação intraclasse multiplicando-se o tamanho da amostra pelo efeito do desenho.

Na primeira etapa foram selecionadas aleatoriamente 20 das 39 Unidades de Saúde da Saúde da Família do município, em funcionamento no momento da pesquisa, de modo a

tornar mais prática à operacionalização da mesma. Nas 20 unidades sorteadas existiam 44 Equipes de Saúde da Família, estas foram automaticamente selecionadas para o estudo. Para se obter o número de entrevistados por equipe dividiu-se o tamanho amostral pelo número de equipes e obteve-se 20,8, o que foi aproximado para 21 aumentando o número total de entrevistas esperadas para 924 usuários. Assim, os usuários foram selecionados dentro das Unidades de Saúde em dias e turnos diferentes.

Ao final da coleta de dados foram entrevistados 882 usuários, havendo perda de 4,5%, visto que uma das Unidades de Saúde se encontrava fechada por falta de condições de funcionamento, durante parte do período da coleta, o que determinou que a coleta fosse concluída em 19 Unidades de Saúde, mantendo ainda o tamanho amostral necessário.

Os usuários presentes na Unidade de Saúde, no momento da visita, foram incluídos no estudo sob os seguintes critérios: ter pelo menos 18 anos de idade, estar cadastrado na ESF há pelo menos seis meses, ter sido atendido anteriormente pela equipe e estar aguardando ou já ter recebido atendimento no momento da visita. Foram ainda incluídas todas as gestantes e mulheres que já tinham filhos, independente da sua idade. Para os usuários menores de idade ou incapacitados o respondente do questionário foi o acompanhante, que deveria já ter acompanhado o usuário na Unidade em outra oportunidade e ter pelo menos 18 anos (exceção às mães menores acompanhando crianças).

Portanto, foram entrevistados 649 usuários e 233 acompanhantes de usuários menores de idade ou incapacitados, totalizando 882 entrevistas.

4. Instrumentos de Pesquisa

Várias são as metodologias e instrumentos utilizados para avaliar a APS no Brasil, entre os mais usados estão o *Primary Care Assessment Tool (PCATool*, versão adaptada que foi utilizada por Almeida e Macinko, em Petrópolis, e a versão validada em estudo realizado por Harzheim, em Porto Alegre) e o para Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ). Internacionalmente, o instrumento mais difundido é o PCATool, passando por processos de adaptação linguística e validação cultural em cada local^{29,30}.

Neste estudo foram utilizados questionários adaptados no Brasil, aplicados em Petrópolis, a partir dos componentes do PCATool, instrumento formulado para avaliar os

aspectos críticos da atenção primária por meio da sua mensuração^{23,7} apesar de haver uma versão já validada em Porto Alegre que foi recomendada pelo Ministério da Saúde³¹.

Embora o PCATool seja um instrumento originado em outro contexto, o norte americano, em que a APS se insere em um sistema de saúde bastante diferenciado do SUS, no presente artigo os aspectos avaliados estão coerentes com as propostas da ESF brasileira.

A utilização de padrões internacionais para a apreciação da qualidade dos estudos avaliativos tem se constituído em requisito importante da apreciação de resultado das políticas sociais em geral, sendo particularmente importante nos países em que a implantação de uma política nacional de avaliação é incipiente, como é o caso do Brasil³².

Os questionários foram diferenciados para cada informante-chave (gestores, profissionais e usuários). No caso dos usuários, em particular, os questionários foram diferenciados para entrevista com usuários adultos e acompanhantes de crianças ou incapacitados, pois esta foi uma recomendação do estudo de referência.

Os quatro questionários têm em média 100 perguntas, que correspondem a indicadores relacionados com todas as dimensões da atenção básica, onde se inclui a dimensão sob avaliação nesta pesquisa, a longitudinalidade da atenção.

Para a obtenção dos dados necessários à avaliação aqui proposta, os questionários foram aplicados, sendo um para cada categoria de entrevistado, de modo que: profissionais e gestores foram sete perguntas sobre Vínculo (anexos A e B, item E). Já para os acompanhantes e usuários existiam dez questões referentes ao Vínculo (item F dos anexos C e D).

As variáveis trabalhadas nos questionários de gestores e profissionais buscaram saber se o usuário em geral é atendido pelo mesmo profissional; a porcentagem de USF que tem população adscrita; se quando o usuário tem dúvida sobre o seu tratamento pode ligar para falar com o profissional que o atendeu; se os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os usuários explicitem bem suas dúvidas ou preocupações; se os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário em cada consulta; se os profissionais são informados, durante o atendimento, sobre todos os medicamentos utilizados pelos usuários; e se são informados quando um usuário não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito.

Já para os questionários de usuários e acompanhantes, além das questões já citadas, presente nos outros questionários foi retirada a variável relacionada à adscrição da clientela,

porém foram acrescentadas variáveis referentes a se o profissional da UBS que o atende compreende (entende) bem perguntas deles; se os profissionais respondem às perguntas deles de uma maneira clara, que entenda bem; saber com que frequência os profissionais tratavam ele apenas como um doente e com que frequência os profissionais tratavam ele como um ser humano completo.

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 quanto maior o escore, melhor a avaliação feita e maior o percentual de obtenção do atributo.

As opções “recusa/não se aplica” e “não sabe” foram codificadas com valores em branco e retiradas da análise.

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 quanto maior o escore, melhor a avaliação feita e maior o percentual de obtenção do atributo.

5. Coleta de dados

Os dados foram coletados por alunos de iniciação científica e mestrandas da Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, e ainda alunos voluntários de curso de graduação em medicina e enfermagem. Foi realizado treinamento com os pesquisadores de campo que incluiu todas as etapas da pesquisa. Foi realizado estudo piloto em uma Unidade de Saúde do município previamente escolhida, o que possibilitou ajustes e modificações pertinentes.

Durante a coleta de dados foi necessário excluir uma Unidade de Saúde sorteada para participar da pesquisa pela dificuldade da coleta (Unidade fechada por falta de condições de funcionamento durante parte do período da coleta e número inexpressivo de usuários durante as visitas). Desse modo a pesquisa foi concluída em 19 UBS, com um total de 882 usuários, o que ainda manteve o tamanho amostral necessário para garantir representatividade.

Em geral a coleta, independente do sujeito para quem o instrumento estava sendo aplicado, teve em média trinta minutos para sua aplicação individualmente.

As maiores dificuldades, encontradas nesta fase do estudo, foram a recusa, principalmente por parte dos profissionais e gestores, já citada anteriormente, a distribuição territorial das UBS, com maior ênfase a aquelas localizadas na zona rural e em áreas de maior risco de violência; além da greve dos agentes comunitários de saúde, neste mesmo período, e a linguagem utilizada no instrumento dos usuários, referida pelos mesmos, como de “difícil compreensão”, em alguns momentos.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo de número 2311500 8870/2009-76. As entrevistas foram iniciadas somente após a 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. Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA.

6. Análise dos dados

A separação entre usuários e acompanhantes foi mais importante para a coleta dos dados, pois na análise estatística os dados dos usuários maiores de 18 anos, menores de idade e incapacitados, foram analisados agregadamente na categoria usuários.

A análise do estudo teve por base o estudo de Cunha³³, onde, a autora elegeu como três dimensões do vínculo longitudinal: a fonte regular de cuidados ou adscrição de clientela, a relação interpessoal e continuidade informacional. Para eleger essas dimensões a mesma fez revisão de trabalhos que avaliaram a APS a partir dos quatro atributos eleitos pela Bárbara Starfield. Nessas pesquisas foram adaptadas questões do PCATool, para o qual diferentes informantes serviram como fonte de dados. De modo a adequar ao estudo, utilizamos apenas os critérios utilizados no estudo de Almeida e Macinko⁷.

Segundo estes critérios, as variáveis em estudo foram agrupadas por categorias para a análise. A identificação da fonte regular de cuidados foi analisada através da variável que buscou investigar a porcentagem de USF que tem população adscrita. Para analisar a relação interpessoal entre usuários e profissionais da ESF, tomou-se por base as variáveis que buscou investigar se o usuário em geral é atendido pelo mesmo profissional; se quando o usuário tem dúvida sobre o seu tratamento pode ligar para falar com o profissional que o atendeu; se os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os usuários explicitem bem suas dúvidas

ou preocupações e se os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário em cada consulta. Já a continuidade informacional foi investigada através das variáveis relacionadas a se os profissionais são informados, durante o atendimento, sobre todos os medicamentos utilizados pelos usuários; e se são informados quando um usuário não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito.

Durante a análise foi visto que as variáveis que investigavam saber com que frequência os profissionais tratavam o usuário apenas como um doente e com que frequência os profissionais tratavam ele como um ser humano completo, não foram estatisticamente significantes.

A análise, das variáveis e categorias, foi realizada descritivamente através 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.

Todos os escores das perguntas sobre vínculo foram somados e a média dessa soma representou o Índice Composto do Vínculo.

Para detectar a existência de diferenças nos escores dos indicadores, índices compostos e índice total das três fontes de informação - usuários, profissionais e gestores - foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. O ponto de corte para significância estatística foi definido em 5% ($p < 0,05$).

Para analisar a concordância entre as percepções dos sujeitos avaliados, quanto a maior extensão do vínculo a partir das suas categorias, foi necessário utilizar o teste quiquadrado, com ponto de corte para significância estatística definido em 5% ($p < 0,05$).

Foram utilizados os *softwares* STATA 10.0 e EPI-INFO 3.2. para processamento e conclusão da análise dos dados.

RESULTADOS

Analisando o perfil dos profissionais e gestores entrevistados, observou-se que dos profissionais, 72,5% eram enfermeiros e 27,5% médicos; 93,7% tinham a Especialização como maior titulação e 92,5% destes, trabalhavam na ESF há mais de um ano. Quanto aos gestores 62,5% eram diretores das UBS, 31,2% coordenadores de área da ESF e 6,3% coordenadores centrais da SEMUS. Em relação ao tempo de experiência na função, 56,3% trabalhavam de 6 a 12 meses. A titulação acadêmica da maioria (71,9%) dos gestores era a Especialização, 9,4% tinham grau de mestre e 15,6% eram apenas graduados.

Na análise das características demográficas e socioeconômicas dos usuários, observou-se que 72,6% eram do sexo feminino; 19,3% tinham menos de 10 anos; 8,3% tinham entre 10 e 19 anos; 44,6% tinham entre 20 e 59 anos; 13,1% tinham 60 anos ou mais. Quanto a escolaridade, observou-se que 31,9% possuíam o ensino fundamental incompleto; 25,3% o ensino médio completo e, apenas, 0,7% o ensino superior completo.

Com relação aos acompanhantes dos usuários, a maioria era do sexo feminino (89,7%); tinha de 18 a 34 anos (53,3%); predominando o ensino médio completo como escolaridade (35,2%).

Verificou-se que o número médio de pessoas residentes nos domicílios era de 4,4 pessoas. Em relação à infra-estrutura sanitária, observou-se que 20,6% dos usuários residiam em domicílios que não dispõem de banheiro dentro de casa e 12,6% de água encanada, entretanto, 99,2% possuem luz elétrica. Em relação à existência de alguns bens duráveis no domicílio, a maioria afirmou ter geladeira (95,6%), televisão (97,2%), rádio (76,1%) e, apenas, 11,6% afirmou possuir carro.

Quanto ao estado de saúde, 79% dos usuários referiram estado de saúde regular ou bom. Pelo menos uma doença crônica foi referida por 51,6% dos usuários entre diabetes, hipertensão arterial, artrite, asma, câncer, doença do coração e dor ou doença na coluna, sendo esta última a mais freqüente (45,1%).

Analisando o vínculo, na percepção dos gestores, observou-se que para 69% destes as UBS possuem clientela adscrita. Quanto à relação interpessoal, para 25% dos gestores, os usuários sempre são examinados pelo mesmo profissional; para 18,7% os usuários sempre esclarecem dúvida com o profissional que o atendeu, embora para 25% deles nunca consigam esclarecer suas dúvidas; e para 28,1% o tempo da consulta sempre é suficiente; 96,9% dos

gestores reconhecem que os usuários sempre têm seus atendimentos registrados nos prontuários (**Tabela 1**).

Quanto à continuidade informacional, para os gestores, 43,4% dos profissionais sabem quais medicações o usuário está usando. Entretanto, somente 15,6% destes sabem se os usuários conseguem comprar os medicamentos que não são adquiridos na Unidade (**Tabela 1**).

Analisando o vínculo na percepção dos profissionais, observou-se que para 57,5% destes as UBS possuem clientela adscrita. Quanto à relação interpessoal, para os profissionais, 21,2% dos usuários sempre são examinados pelo mesmo profissional, e ainda 37,5% destes quase sempre são atendidos pelo mesmo profissional; para 15% os usuários sempre esclarecem dúvida com o profissional que o atendeu, embora para 26,2% os usuários nunca consigam esclarecer suas dúvidas; e para 33,8% dos profissionais, o tempo para a consulta sempre é suficiente; 73,8% dos profissionais reconhecem que sempre têm seus atendimentos registrados nos prontuários. (**Tabela 2**).

Quanto à continuidade informacional, para 36,2% dos profissionais, estes sempre sabem quais medicações o usuário está usando e 41,3% destes quase sempre sabem quais as medicações o usuário está usando. Entretanto, somente 10% destes, sempre sabem se os usuários conseguem comprar os medicamentos que não são adquiridos na Unidade (**Tabela 2**).

Na avaliação da percepção dos usuários, observou - se que 40,7% destes, informam que sempre são examinados pelo mesmo profissional; 39,7% sempre esclarecem dúvida com o profissional que o atendeu, entretanto para 16,2% destes suas dúvidas nunca ou quase nunca são esclarecidas; 49,3% dos usuários consideram que o tempo para consulta sempre é suficiente, para apenas 10,2% dos usuários o tempo nunca ou quase nunca é suficiente para o atendimento; 55,5% destes consideram que os profissionais compreendem suas preocupações; e que 54,3% dos profissionais respondem claramente suas perguntas. Observou-se também que para 86,9% dos usuários seus atendimentos sempre são registrados nos prontuários (**Tabela 3**).

Quanto à continuidade informacional, para 55,1% dos usuários, os profissionais sempre sabem quais medicações está sendo usada por eles. Entretanto, somente 23,6% dos usuários reconhecem que os profissionais sempre sabem se eles conseguem comprar os medicamentos, que não são adquiridos na Unidade, 32,4% os profissionais nunca sabem se eles compram o medicamento que não são adquiridos na Unidade (**Tabela 3**).

Na análise geral do atributo Vínculo, através do cálculo dos escores, este apresentou um Índice Composto de 4,4 para usuários, 4,6 para profissionais e 4,8 para os gestores, o que representa a obtenção de 41% a 60% da sua totalidade. O teste de Kruskal-Wallis foi de 0,4, o que significa que, no geral, não houve discordância nas percepções dos três sujeitos da pesquisa (**Tabela 4**).

Verifica-se, portanto, que os três sujeitos concordam entre si, não havendo divergência de opiniões, nas questões relacionadas a: se os usuários são consultados pelo mesmo profissional (kruskal wallis =0,9), se o tempo é suficiente para a consulta (kruskal wallis =0,3) e se profissionais possuem o conhecimento de quais medicamentos os usuários estão utilizando (Kruskal Wallis =0,7); o que não acontece com as outras variáveis analisadas (**Tabela 4**).

A análise entre as percepções dos gestores, profissionais e usuários da ESF quanto à maior extensão do Vínculo chama a atenção para as variáveis discordantes, que são aquelas que obtiveram valor de p para o teste quiquadrado menor que 0,05. Entre elas, destacam-se a melhor percepção do usuário quanto a ser sempre atendido pelo mesmo profissional (40,7%) e esclarecer dúvidas sempre com o mesmo profissional que o atendeu (39,7%). E ainda a percepção dos gestores quanto a sempre ser realizado o registro no prontuário pelo profissional durante o atendimento (96,9%), bem discrepante dos outros que foi 73,8% para os profissionais e 54,3% para os usuários (**Tabela 5**).

A continuidade informacional foi mais bem avaliada pelos usuários, sendo destacado o valor de 55,1% para o profissional sempre saber quais as medicações ele usa e 23,6% dos usuários referirem que o profissional sabe se não consegue comprar medicamentos, portanto obtém um juízo de valor melhor, do que os 36,2% e 10% encontrados para os próprios profissionais e os dos 43,4% e 15,6% encontrados para os gestores, referentes a estas mesmas questões (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

Para o Ministério da Saúde, o esforço coletivo, desde o profissional local da unidade de saúde, até a esfera federal no Ministério da Saúde, é imprescindível, para que a avaliação se torne orgânica aos processos de trabalho do SUS a ponto de influenciar o seu comportamento²⁵.

Os baixos percentuais de participação dos profissionais (44,9%) e gestores (59,3%), neste estudo, demonstram a dificuldade da coleta de dados com esses grupos, principalmente, pela baixa participação do profissional médico (24,7%). Esta dificuldade pode estar relacionada com a compreensão equivocada do conceito da avaliação em saúde, que muitas vezes é percebida com o caráter punitivo e burocrático, em substituição ao caráter formativo e que serve para subsidiar o planejamento³⁴.

Não encontrar alguns profissionais nas unidades de saúde e o pouco tempo de atuação dos gestores na sua função pode ser um indicador do descompasso entre a política oficial do SUS e a gestão do trabalho das equipes de saúde da família, afinal a consolidação de processos de gestão demanda tempo de maturação, o que é desfavorecido pela rotatividade de gestores e profissionais de saúde e certamente pela pouca disponibilidade de tempo dos profissionais nas unidades de saúde³⁵. Vale ressaltar que 92,5% dos profissionais entrevistados tinham mais de um ano de experiência na ESF, o que poderia contribuir para a formação do vínculo positivo entre a equipe e os usuários, através de uma relação interpessoal mais estreita.

Estudos analisando o processo de implementação e o gerenciamento da ESF no Estado do Maranhão^{36,37} com observação sistemática em campo, identificaram o não cumprimento da carga horária por parte da maioria dos profissionais das equipes e a rotatividade, principalmente, do profissional médico.

Quanto ao perfil dos usuários da ESF, são em sua maioria mulheres, com ensino fundamental incompleto e na faixa etária de 20 a 29 anos de idade. Sugerindo assim que estas buscam mais por serviços de saúde e, portanto, provavelmente são submetidas a um maior número de procedimentos. Como evidenciam os estudos de impacto da ESF, associado à redução do número de internações por causas sensíveis à APS, onde houve redução significativa destas, apenas na população feminina¹⁹ ou de forma mais acentuada para elas²⁰.

Com relação ao nível educacional espera-se que quanto maior for este, melhor também seja a relação dos usuários com a equipe de saúde, pois proporciona um maior diálogo, compromisso e respeito mútuo, o que é muito importante para a formação do vínculo, através de uma relação interpessoal equilibrada⁷.

Comparando os dados do estudo, com a PNAD³⁸ para o estado do Maranhão, quanto à infraestrutura sanitária e aquisição de bens duráveis, que observou 94,3% das residências com energia elétrica, 30,8% sem água encanada, 11,5% com banheiro dentro de casa; e ainda 82,7% com geladeira, 87,2% com televisão e 66,1% com rádio, identificamos uma concordância entre estes. O aumento do consumo destes bens, assim como a redução da taxa de pobreza, pode ser resultado do incremento progressivo dos programas de transferência de renda a curto e médio prazos^{39,40} e de implantação de uma política de maior acesso a serviços públicos, inclusive a energia elétrica do Governo Federal³⁹.

As mudanças no ambiente, na infra-estrutura sanitária e no modo de viver das pessoas refletem o estado de saúde delas. Dentro deste perfil dos usuários, foi identificado estado de saúde referido, em sua maioria como regular ou bom, com pelo menos uma doença crônica, sendo a dor ou doença na coluna a mais frequente, em concordância com o estudo realizado em São Paulo¹² que encontrou uma população, onde 40% referiram ter problemas de coluna.

Segundo Mendes²⁶, as situações das condições de saúde revelam uma importância relativa crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas.

Outros desafios surgem por conta de transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, o que obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo centrado nas doenças crônicas, baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde. O Pacto pela Saúde e sua proposta de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, associados às recomendações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, segundo as quais, é essencial abordar as causas primordiais dos problemas de saúde, podem ajudar nessa conformação de modelos de atenção mais abrangentes, por mais que ainda seja necessário superar enormes dificuldades⁴¹.

Sendo assim, o sistema de saúde brasileiro precisa ser fortalecido para oferecer assistência aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis mediante modelos de atenção a condições crônicas com base em experiências locais; expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família; acesso ampliado a medicamentos custo-efetivos; maior comunicação entre a atenção básica e outros níveis de cuidado; integração entre ações programáticas para doenças crônicas²⁷.

Para dar suporte ao acompanhamento do estado de saúde das pessoas ao longo do tempo e a prevenção de complicações, é clara a necessidade de priorização da ESF, já que este modelo é o que apresenta maior extensão dos atributos da APS, inclusive da longitudinalidade quando comparada a outros modelos de serviços^{6,7,8,9,10,11,12,13,14}.

Portanto, a longitudinalidade, como atributo da atenção primária, através das suas três dimensões, identificação da fonte regular de cuidados, relação interpessoal e continuidade informacional, deve ser reforçada em conceito e práticas para contribuir cada dia mais na direção das mudanças necessárias colocadas neste contexto³³.

A avaliação das variáveis, que compõem as dimensões da longitudinalidade, possibilita a visualização dos pontos a melhorar e o aprimoramento do que já vem sendo realizado adequadamente.

A adscrição da clientela está presente quase sempre para as UBS, quando questionado aos gestores e profissionais, visto que é uma exigência normativa para implantação e implementação da ESF. Este achado é de alta relevância, visto que o elemento estrutural para avaliação da longitudinalidade é a adscrição de clientela e o elemento processual é a utilização do serviço ao longo do tempo. Portanto, a aproximação entre profissionais de saúde e a população adscrita deve possibilitar maior conhecimento dos profissionais sobre os problemas dos usuários, levando a uma maior aproximação entre eles⁴².

No tocante à consulta do usuário com o mesmo profissional, foi visto que para os sujeitos da pesquisa isso acontece muitas vezes (score 4), havendo uma concordância entre eles. A avaliação desta variável é indispensável, na medida em que a manutenção do mesmo médico nas equipes foi capaz de reduzir em 0,53 Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) por 10.000 hab./ano para as mulheres e de 0,22 ICSAP por 10.000 hab/ano para os homens, por cada mês a mais do mesmo médico nas equipes no estudo de Mendonça²⁰.

Referente à relação do usuário com o profissional, foi identificado que muitas vezes (escore 4) o tempo da consulta é considerado insuficiente, para os três sujeitos do estudo. Quanto aos esclarecimentos de dúvidas durante o atendimento, foi identificado que para os usuários por muitas vezes (escore 4) isso acontece, mas que para profissionais e gestores isso acontece, apenas, algumas vezes. A partir desta constatação, deve-se lembrar que a satisfação dos usuários é um importante desfecho para avaliar serviços de saúde, pois uma maior satisfação pode beneficiar o processo decisório do usuário frente às recomendações médicas realizadas¹¹ contribuindo para o estabelecimento e desenvolvimento da relação terapêutica necessária.

Embora o tempo seja considerado insuficiente para os atendimentos, os usuários consideram que quase sempre os profissionais compreendem o que é dito e fornecem respostas claras. Isso demonstra que provavelmente, a comunicação é possível e se mostra eficaz, entre o usuário e o profissional.

Quando questionada à anotação no prontuário pelos profissionais durante o atendimento, foi identificado que quase sempre isso acontece, segundo usuários e profissionais, e sempre acontece, segundo os gestores. Provavelmente a avaliação deste item foi positiva, devido à importância do registro no prontuário, sendo o meio de comunicação formal entre a equipe de saúde, com valor legal e reconhecido pela sociedade, como instrumento essencial, e que deve fazer parte do atendimento.

Entretanto, quando são comparadas as respostas dos sujeitos da pesquisa, quanto a presença do registro no prontuário durante os atendimentos, vê-se uma variação significativa nas respostas com percentuais de 54,3% para os usuários, 73,8% para os profissionais e 96,9% para os gestores, com intervalo de confiança menor para os usuários, afirmando que para estes o registro ainda é falho. Apontado como item a ser melhorado, não se deve admitir a falta deste registro, tão importante para o acompanhamento longitudinal do usuário.

Fazemos um contraponto com a realidade bem distante da encontrada, através do estudo realizado por Krigos et al⁴³, onde foi aplicado o PCATool para validação da metodologia para a APS na cidade de Moscow. Nesta localidade os prontuários médicos (eletrônicos) por estarem ligados a sistemas de informação que tinham grandes dificuldades na recuperação das informações sobre os pacientes, poderia pôr em risco os pacientes com diagnósticos compartilhados, pois dificultaria o monitoramento ativo e a prevenção. Pode-se então refletir quão longo é o caminho a ser percorrido pela APS brasileira, neste sentido.

Quanto ao questionamento sobre se o profissional tem a informação sobre os medicamentos em uso pelo usuário, no momento do atendimento, foi identificado que os usuários consideram que muitas vezes (escore 4) o profissional detém esta informação, já para os profissionais e gestores, o profissional tem esta informação quase sempre (escore 5). Já quanto a informação se o usuário não consegue comprar ou obter o medicamento prescrito, para os usuários e profissionais, algumas vezes (escore 3) o profissional tem esta informação no momento do atendimento, mas para os gestores isto acontece muitas vezes (escore 4).

Almeida⁴⁴ coloca em seu estudo que a coordenação entre os níveis assistenciais podem ser facilitados pelo aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e pela ampla utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação. Então daí a relevância pela busca da instalação de prontuários eletrônicos e uma rede de comunicação integrada para compartilhamento e acompanhamento das informações ao longo do acompanhamento terapêutico do usuário.

Isto é o fundamental na lógica da continuidade informacional, avaliar o conhecimento e compartilhamento das informações entre a equipe, usuários e os serviços dos diferentes níveis de atenção, por onde o usuário possa transitar. As variáveis utilizadas para avaliar esta dimensão tem relação com uso de medicamentos, porém não é propriamente a questão dos medicamentos o ponto da discussão.

As variáveis discordantes, a partir das percepções dos diferentes sujeitos, nos leva a refletir sobre as suas possíveis causas. No tocante a questão se o usuário esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu é interessante verificar que a avaliação do usuário foi melhor do que a dos profissionais e gestores. Isso mostra que possivelmente esses possam estar se autoavaliando negativamente ou possam estar diante de uma clientela, ainda, pouco exigente, neste sentido. Quanto ao registro no prontuário durante o atendimento dos usuários pelo profissional, houve discordância entre as respostas dos sujeitos avaliados. Com relação a, se o profissional sabe se o usuário consegue comprar os medicamentos que não estão disponíveis na Unidade, observa-se uma diferença, principalmente na percepção do gestor, que avalia melhor do que os profissionais e usuários, os quais estão mais próximos da realidade e envolvidos na relação terapêutica.

Analisando os dados referentes à classificação mais próxima do ideal, a classificação “Sempre”, que representa a extensão de 80 a 100% do atributo vínculo, através da percepção

dos sujeitos do estudo, observamos a diferença estatisticamente significativa entre algumas das variáveis que compõe o relacionamento interpessoal e a continuidade informacional.

Ser sempre examinado pelo mesmo profissional e sempre poder esclarecer dúvidas com o mesmo profissional foi mais bem avaliado pelos usuários do que pelos profissionais e gestores. Como estes pontos avaliados fazem parte do relacionamento interpessoal, esta informação sugere que para o usuário esta relação é mais efetiva e satisfaz suas necessidades.

O registro no prontuário sempre ser realizado durante o atendimento, compõe o tópico de relacionamento interpessoal também, porém foi mais bem percebido pelos gestores, que são sujeitos que se encontram fora da relação direta usuário-profissional, sugerindo uma percepção mais normativa, distante da realidade de quem a vivencia. O que, como já foi descrito anteriormente, deve ser questionado e trabalhado, devido à gravidade de tal fato, pois o registro é esperado para todos os atendimentos, independente de qualquer questão.

A continuidade informacional é mais bem percebida e pior avaliada pelo usuário do serviço, aquele que espera ser identificado, como pessoa e em seu contexto, acompanhado e ter suas necessidades reconhecidas pelo profissional, através dos registros realizados ao longo do seu tratamento. Acontecendo o inverso com a percepção dos profissionais.

Esta reflexão levanta pontos importantíssimos a serem focados nas oficinas de trabalho e planejamento dos serviços, pois a extensão destes itens são cruciais para a obtenção da longitudinalidade e, conseqüentemente para a avaliação da APS, que ainda encontram-se muito longe do ideal.

Vários estudos foram encontrados sobre a temática da avaliação da APS, com metodologia qualitativa e quantitativa, comparação de modelos de serviços e a presença dos atributos essenciais, utilização de instrumentos diferenciados para esta finalidade como o PCATool e o utilizado na AMQ, além de diferentes configurações das percepções dos sujeitos, apenas um de cada vez ou cruzando dados de um com o outro, porém utilizando os usuários, gestores e profissionais simultaneamente foi encontrado em poucos estudos^{44.7}.

Enfim, estudar a avaliação da APS, mais especificamente no modelo da ESF, utilizando o PCATool como instrumento, a partir do vínculo como dimensão da longitudinalidade, através da perspectiva simultânea dos usuários, profissionais e gestores, é uma particularidade deste estudo que o diferencia dos demais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da longitudinalidade, através do vínculo, proposta aqui, teve como uma das intenções, contribuir para o conhecimento da situação real da APS no município de São Luís, no tocante a este atributo. Além de deixar claro para todos os sujeitos envolvidos o quanto é necessária a priorização deste atributo pela gestão municipal, para que as metas propostas para este nível de atenção não se tornem utópicas.

A mudança de paradigma proposta pelo modelo assistencial em rede, coordenada pela APS, exige uma mudança também de cultura, comportamento profissional e organizacional, assim como, um esforço coletivo voltado para a conscientização dos usuários, dentro deste processo de reorganização e avaliação contínua.

O estudo tem limitação conceitual acerca da longitudinalidade e sua compreensão, por não ser usual na literatura, e ainda a própria falta de definição de métodos, a serem adotados para avaliação deste atributo, tornou o seu desenvolvimento uma atividade desafiadora. Porém, em seu processo de desenvolvimento foi visto o quanto se torna necessário avaliar, de modo a se aproximar ao máximo da realidade dos serviços das Unidades Básicas de Saúde.

O Índice Composto do Vínculo entre a equipe e o usuário da ESF, parece frágil, obtendo uma extensão do seu alcance entre 41% e 60% no município de São Luís.

Após esta constatação sugerimos uma reformulação da política de pessoal com vistas a uma maior fixação dos profissionais nas equipes da ESF, formulação de estratégias para atrair a população masculina para os serviços de saúde da AP, ênfase em oficinas de trabalho e planejamento de serviço quanto ao acompanhamento das condições e doenças crônicas, assim como, considerar também a relevância de enfatizar a prevenção dos problemas ou doenças da coluna, junto às outras morbidades já priorizadas nestes serviços.

Uma maior valorização dos registros nos prontuários ressaltando o seu valor legal e sua necessidade dentro deste novo contexto para o acompanhamento longitudinal do usuário e continuidade informacional ao longo do tempo também deve ser considerado ponto a melhorar. Assim como a adscrição da clientela, que parece apenas atender a uma exigência formal, não configurando uma mudança real colocada na prática para subsidiar mudanças organizacionais e assistenciais.

A avaliação da satisfação do usuário deve ser um meio utilizado como sinalizador para o fortalecimento do vínculo interpessoal.

Apesar dos esforços avaliativos voltados para a mensuração da longitudinalidade, há uma limitação metodológica apontada por Burge⁴⁵, em estudo realizado no Canadá, que teve por objetivo comparar instrumentos de avaliação, especificamente as subescalas relativas à continuidade relacional ou longitudinalidade na atenção primária, na perspectiva dos usuários. Onde após serem avaliadas e comparadas, inclusive o PCATool, tiveram um bom desempenho para elementos-chave da continuidade relacional, mas não captaram a consistência do atendimento. Portanto há necessidade de aprimorar os instrumentos para esta avaliação específica.

Tabela 1. Percepção dos gestores da ESF sobre o vínculo, de acordo com a adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade informacional. São Luís, 2010.

Indicadores	Nunca 0%	Quase nunca 1-20%	Algumas vezes 21-40%	Muitas vezes 41-60%	Quase sempre 61-80%	Sempre 81-100%
Adscrição de clientela	--	--	3,5	10,3	17,2	69,0
Relação Interpessoal						
Examinado pelo mesmo profissional	3,1	--	9,4	12,5	50,0	25,0
Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	25,0	18,8	15,6	6,3	15,6	18,7
Tempo suficiente para a consulta	3,1	6,3	21,9	6,2	34,4	28,1
Uso de prontuário médico	--	--	--	--	3,1	96,9
Continuidade Informacional						
Profissional sabe quais medicações usa	3,3	--	3,3	10,0	40,0	43,4
Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	6,3	--	21,9	18,7	37,5	15,6

Tabela 2. Percepção dos profissionais da ESF sobre o vínculo, de acordo com a adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade informacional. São Luís, 2010.

Indicadores	Nunca 0%	Quase nunca 1-20%	Algumas vezes 21-40%	Muitas vezes 41-60%	Quase sempre 61-80%	Sempre 81-100%
Adscrição de clientela	--	--	5,0	10,0	27,5	57,5
Relação Interpessoal						
Examinado pelo mesmo profissional	--	--	13,8	26,3	37,5	21,2
Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	26,2	25,0	16,3	7,5	10,0	15,0
Tempo suficiente para a consulta	1,2	1,2	13,8	18,8	30,00	33,8
Uso de prontuário médico	--	--	--	2,5	23,7	73,8
Continuidade Informacional						
Profissional sabe quais medicações usa	--	1,3	12,5	8,7	41,3	36,2
Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	3,7	13,8	23,7	18,8	30,0	10,0

Nota: Foram excluídos 1,2% dos profissionais, nas questões relacionadas a se o usuário é examinado pelo mesmo profissional e se o tempo é suficiente para a consulta, pois relataram não saber opinar sobre tais questionamentos.

Tabela 3. Percepção dos usuários da ESF sobre o vínculo, de acordo com a adscrição de clientela, a relação interpessoal e a continuidade informacional. São Luís, 2010.

Indicadores	Nunca 0%	Quase nunca 1-20%	Algumas vezes 21-40%	Muitas vezes 41-60%	Quase sempre 61-80%	Sempre 81-100%
Relação Interpessoal						
Examinado pelo mesmo profissional	4,2	6,3	21,9	9,7	17,2	40,7
Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	8,0	8,2	17,2	10,7	16,2	39,7
Tempo suficiente para a consulta	5,3	4,9	16,1	8,3	16,1	49,3
Uso de prontuário médico	2,1	0,1	2,2	2,6	6,1	86,9
Profissional compreende suas preocupações	2,6	2,5	11,4	9,6	18,4	55,5
Profissional responde claramente às perguntas	2,8	2,2	13,3	9,3	18,1	54,3
Continuidade Informacional						
Profissional sabe quais medicações usa	8,4	4,2	14,5	6,9	10,9	55,1
Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	32,4	17,0	13,6	5,9	7,5	23,6

Tabela 4 – Escores dos indicadores, Índice Composto do Vínculo e concordância entre as percepções dos sujeitos, segundo usuários, profissionais e gestores. São Luís, 2010.

DIMENSÃO DO VÍNCULO	INDICADORES	ESCORE USUÁRIOS* (IC 95%)	ESCORE PROFISSIONAIS* (IC 95%)	ESCORE GESTORES* (IC 95%)	KRUSKAL WALLIS
Adscrição de clientela	Porcentagem das USF tem população adscrita	--	5,4 5,2 – 5,6	5,5 5,2 – 5,8	--
	Relacionamento	4,5	4,7	4,8	*0,9
Interpessoal	Examinado pelo mesmo profissional	4,4 – 4,6	4,5 – 4,9	4,4 – 5,2	
	Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	4,4 4,3 – 4,5	3,0 2,6 – 3,4	3,3 2,6 – 4,0	0,0001
	Tempo suficiente para a consulta	4,7 4,6 – 4,8	4,8 4,5 – 5,1	4,5 4,0 – 5,0	*0,3
	Profissional compreende suas preocupações	5,0 4,9 – 5,1	--	--	--
	Profissional responde claramente às perguntas	5,0 4,9 – 5,0	--	--	--
	Uso de prontuário médico	5,7 5,6 – 5,7	5,7 5,6 – 5,8	6,0 5,9 – 6,1	0,01
	Continuidade Informacional	Profissional sabe quais medicações usa	4,7 4,6 – 4,9	5,0 4,8 – 5,2	5,1 4,7 – 5,5
	Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	3,2 3,0 – 3,3	3,9 3,6 – 4,2	4,3 3,8 – 4,8	0,00
Índice Composto do Vínculo		4,4 3,9 – 5,0	4,6 3,8 – 5,5	4,8 3,9 – 5,6	0,4

* Resultados do teste de Kruskal Wallis, onde p valor > 0,05, ou seja, mostra que não há diferença entre os três sujeitos da pesquisa.

Tabela 5 – Análise da concordância entre as percepções dos gestores, profissionais e usuários da ESF quanto a maior extensão do Vínculo, a partir das suas categorias. São Luís, 2010.

DIMENSÃO DO VÍNCULO	INDICADORES				P valor
		SEMPRE USUÁRIOS (%)	SEMPRE PROFISSIONAIS (%)	SEMPRE GESTORES (%)	
Adscrição de clientela	Porcentagem das USF tem população adscrita	--	57,5 45,9-68,4	69,0 49,9-83,8	0,627
	Relacionamento Interpessoal	Examinado pelo mesmo profissional	40,7 37,4-44,0	21,2 12,8-31,8	25,0 11,4-43,4
	Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	39,7 36,4-42,9	15,0 7,9-24,7	18,7 7,2-36,4	0,000*
	Tempo suficiente para a consulta	49,3 45,9-52,7	33,8 23,5-45,1	28,1 13,7-46,7	0,011
	Profissional compreende suas preocupações	86,9 84,4-89,0	--	--	--
	Profissional responde claramente às perguntas	55,5 52,2-58,8	--	--	--
	Uso de prontuário médico	54,3 50,9 -57,6	73,8 62,7-82,9	96,9 83,7-99,9	0,016*
Continuidade Informacional	Profissional sabe quais medicações usa	55,1 51,7-58,4	36,2 25,7-47,7	43,4 26,3-62,3	0,046*
	Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	23,6 20,8-26,5	10,0 4,4-18,7	15,6 5,2-32,7	0,031*

* Teste quiquadrado, encontrado diferença entre os sujeitos se $p < 0,05$.

REFERÊNCIAS

1. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ALMEIDA, PF; ESCOREL, S; SENNA, MCM, FAUSTO, MCR. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.
2. MACINKO J, MONTENEGRO H, NEBOT ADELL C, ETIENNE C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de La Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev Panam Salud Publica**. 2007 ;21(2/3):73–84.
3. MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicina**. Minas Gerais 2008; 18 (4 Supl 4): S3-S11. Disponível em: [<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/article/viewArticle/96>]. Acesso em: 23 de junho, 2010.
4. CONTANDRIOUPOULOS AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: _____. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. HARTZ, Z. A. M. (Org.). Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29–46.
5. STARFIELD, Bárbara. **Primary Care: concept, evaluation e policy**. New York: Oxford University Press, 1992.
6. IBAÑEZ, Nelson; ROCHA, José SY; CASTRO, Paulo C; RIBEIRO, Manoel CSA; FOSTER, ALDAISA C. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3): 683 – 703.

7. ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. In: **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. Brasília: OPAS/MS, 2006. 215p.
8. OLIVEIRA, Mônica MC. *Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: Uma análise agregada*. 2007. 118p. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRS, 2007.
9. TRINDADE, Thiago G. *Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre*. 145p. 2007. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia]. Faculdade de Medicina, UFRGS. Porto Alegre.
10. CHOMATAS, Eliane RV. *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008*. 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre.
11. ZILS, AA; CASTRO, RCL; OLIVEIRA, MMC; HARZHEIM, E; DUNCAN BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev Bras Med Fam e Com**: Rio de Janeiro, v.4, n°16, jan mar 2009.
12. SALA, Arnaldo; LUPPI, Carla G; SIMÕES, Oziris; MARSIGLIA, Regina G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

13. LEÃO, Cláudia DA; CALDEIRA, Antonio P; OLIVEIRA, Mônica MC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 11 (3): 323-334 jul. / set., 2011.a
14. LEÃO, Cláudia DA; CALDEIRA, Antonio P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4415-4423, 2011.
15. WONG, SYS; KUNG K; GRIFFITHS, SM; CARTHY, T; WONG, MCS; LO, SV et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics em Hong Kong. *BMC Public Health* 2010, **10**:397. On line: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/397> em 27/03/12.
16. MACINKO J, MONTENEGRO H, NEBOT ADELL C, ETIENNE C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de La Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev Panam Salud Publica**. 2007 ;21(2/3):73–84.
17. AQUINO, Rosana; OLIVEIRA, Nelson F; BARRETO, Maurício. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. **Am J Public Health**. 2009, 99(1) 88-93.
18. COSTA, JSD; BORBA, LG; PINHO, MN; CHATKIN, M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 24(7): 1699-1707. Rio de Janeiro: 2008.

19. GUANAIS, Frederico C; MACINKO, James. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J. Ambulatory Care Manage.* 2009, Vol. 32. Nº 2, 155-122.
20. MENDONÇA, Claunara S. *Internações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/ MG.* 2009. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] Faculdade de Medicina, UFRGS. Porto Alegre.
21. MACINKO, J; DOURADO, I; AQUINO, R; BONOLO, PF; COSTA, MFL, MEDINA, MG. et al. Major Expansion of Primary Care in Brazil linked to decline in unnecessary Hospitalization. *Health Affairs* 29, n. 12 (2010): 2149–2160. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251
22. RASELLA, Davide; AQUINO, Rosana; BARRETO, Maurício L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010, 10:380. Online: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/380> em 28/03/12.
23. STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
24. OLIVEIRA, Elaine M; SPIRI, Wilza C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo, v.40, n.4, p.727-33, 2006.
25. BRASIL, Ministério da Saúde. **HUMANIZA SUS. Gestão Participativa. Co-gestão.** Brasília: 2004.

26. MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
27. CUNHA, Elenice M; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008 / ISSN 1413-812.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>] Censo. [Acesso em 22 jan 2010].
29. BERRA, S; AUDISIO, Y; MÁNTARAS, J; NICORA, V; MAMONDI, V; STARFIELD, B. Ponencia IX Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 2011.
30. PASARÍN, MI; BERRA, S; RAJMIL, L; SOLANS, M; BORREL C; STARFIELD, B. A tool to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten Primaria**. 2007;39(8):395-403.
31. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
32. HARTZ Z. (org.). Meta-avaliação da atenção básica em saúde-teoria e prática. **Do quê ao pra quê da Meta – Avaliação em Saúde.** Hartz, ZMA; Contandrioupolos, AP. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

33. CUNHA, Elenice Machado. **Vínculo longitudinal na Atenção Primária: Avaliando os modelos assistenciais do SUS.** 2009, 171f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – ENSP, Rio de Janeiro.
34. SIMÃO, Eunice; ALBUQUERQUE, Gelson L; ERDMANN, Alacoque L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): Alguns destaques. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007.
35. REIS, Regimarina S. *Avaliação da Estratégia Saúde da Família como Porta de Entrada do Sistema Único de Saúde em São Luís-MA.* 92p. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFMA, São Luís.
36. COIMBRA, Liberata C. *Programa Saúde da Família: uma estratégia em (des)construção?* 2005. 223f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Políticas Públicas, UFMA, São Luís.
37. VANDERLEI, Maria IG. *O gerenciamento da Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão.* 246p. 2008. [Tese]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em [\[http://www.ibge.gov.br/\]](http://www.ibge.gov.br/) PNAD. [Acesso em 19 out 2011].
39. TORRES, HG; BICHIR, RM; CARPIM, TP. Uma pobreza diferente? Mudanças no padrão de consumo da população de baixa renda. *Novos estud. - CEBRAP [online].* 2006, n.74, pp. 17-22. ISSN 0101-3300.

40. RESENDE, Anne Caroline C; OLIVEIRA, Ana Maria HC. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileiras. **Estud. Econ.** [online]. 2008, vol.38, n.2, pp. 235-265. ISSN 0101-4161.
41. PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries The Lancet - Saúde no Brasil 1**. Publicado *Online* 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
42. GOMES, Francisco M; SILVA, Marcelo GC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 893-902. ISSN 1413-8123.
43. KRINGOS, DS; BOERMA, W; SPAAN, E; PELLNY, M; SON, I; KOROTKOVA, A. [Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation](#). A survey based pilot project in two rayons in Moscow oblast. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.
44. ALMEIDA, PF; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM, ESCOREL, S. Desafio à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.
45. BURGE, F; HAGGERTY, JL; PINEAULT, R; BEAULIEU, MD; LEVESQUE, JF; BEAULIEU, C. et al. Relational continuity from the patient perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. **Healthcare policy**, Vol 7 Special Issue, 2011.

5. CONCLUSÕES

- A longitudinalidade, avaliada através do Vínculo entre a equipe e os usuários da ESF, parece frágil, ficando em cerca de 41% a 60% o seu alcance no município de São Luís;
- Os profissionais, em sua maioria, têm mais de um ano de trabalho na ESF e tinham especialização como maior titulação;
- Os gestores, na sua maioria, eram diretores das UBS, tinham entre seis e doze meses de trabalho na ESF e ainda, possuíam a especialização como maior titulação;
- Os usuários, em sua maioria, são mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, com ensino fundamental incompleto e ensino médio completo, com maior acesso a bens duráveis e luz elétrica, porém com necessidade de maior acesso a mais serviços públicos de infraestrutura sanitária. Refere estado de saúde bom ou regular, com pelo menos uma doença crônica, sendo a dor ou doença na coluna a mais frequente.
- Os profissionais tendem a avaliar mais criticamente quanto a possibilidade de esclarecimento de dúvidas do usuário com o mesmo profissional que o atendeu, o que parece sugerir uma dificuldade no acesso a este;
- No geral, os usuários avaliam melhor o vínculo, do que os profissionais e gestores;
- A necessidade de aproximação das percepções entre os três sujeitos é essencial para a reorientação da atenção e longitudinalidade, seja colocada como uma prioridade e sua avaliação uma forte ferramenta para o planejamento e gestão da APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica. In: **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. Brasília: OPAS/MS, 2006. 215p.

ALMEIDA, PF; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM, ESCOREL, S. Desafio à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.

AQUINO, Rosana; OLIVEIRA, Nelson F; BARRETO, Maurício. Impact of the Family Health Problem on infant Mortality in Brazilian Municipalities. **Am J Public Health**. 2009, 99(1) 88-93.

BERRA, S; AUDISIO, Y; MÁNTARAS, J; NICORA, V; MAMONDI, V; STARFIELD, B. Ponencia IX Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HUMANIZA SUS. Gestão Participativa. Co-gestão**. Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BURGE, F; HAGGERTY, JL; PINEAULT, R; BEAULIEU, MD; LEVESQUE, JF; BEAULIEU, C. et al. Relational continuity from the patient perspective: Comparison

of Primary Healthcare Evaluation Instruments. **Healthcare policy**, *Vol 7 Special Issue*, 2011.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em:

[<http://cnes.datasus.gov.br/>]. Número de equipes de Saúde da Família. [Acesso em 22 jan 2010].

CHOMATAS, Eliane RV. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre.

COIMBRA, Liberata C. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em (des)construção?** 2005. 223f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Políticas Públicas, UFMA, São Luís.

CONTANDRIOUPOULOS AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: _____. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. HARTZ, Z. A. M. (Org.). Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 29–46.

COSTA, JSD; BORBA, LG; PINHO, MN; CHATKIN, M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 24(7): 1699-1707. Rio de Janeiro: 2008.

CUNHA, Elenice Machado. **Vínculo longitudinal na Atenção Primária: Avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009, 171f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – ENSP, Rio de Janeiro.

CUNHA, Elenice M; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde**

Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008 /
ISSN 1413-812.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM; ALMEIDA, PF; ESCOREL, S; SENNA, MCM, FAUSTO, MCR. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 783-794. ISSN 1413-8123.

GOMES, Francisco M; SILVA, Marcelo GC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 893-902. ISSN 1413-8123.

GOMES, Anna Luiza C; SÁ, Lenilde D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm USP*. São Paulo, v.43, n.2, p.365-72, 2009.

GUANAIS, Frederico C; MACINKO, James. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J. Ambulatory Care Manage*. 2009, Vol. 32. N° 2, 155-122.

HARTZ Z. (org.). Meta-avaliação da atenção básica em saúde-teoria e prática. **Do quê ao pra quê da Meta – Avaliação em Saúde**. Hartz, ZMA; Contandrioupolos, AP. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

IBAÑEZ, Nelson; ROCHA, José SY; CASTRO, Paulo C; RIBEIRO, Manoel CSA; FOSTER, ALDAISA C. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3): 683 – 703.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br/>] Censo. [Acesso em 22 jan 2010].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em [<http://www.ibge.gov.br/>] PNAD. [Acesso em 19 out 2011].

LEÃO, Cláudia DA; CALDEIRA, Antonio P; OLIVEIRA, Mônica MC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 11 (3): 323-334 jul. / set., 2011.a

LEÃO, Cláudia DA; CALDEIRA, Antonio P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4415-4423, 2011.

MACHADO, Maria de Fátima AS. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 2007. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

MACINKO, J; DOURADO, I; AQUINO, R; BONOLO, PF; COSTA, MFL, MEDINA, MG. et al. Major Expansion of Primary Care in Brazil linked to decline in unnecessary Hospitalization. **Health Affairs** 29, n. 12 (2010): 2149–2160. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251

MACINKO J, MONTENEGRO H, NEBOT ADELL C, ETIENNE C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev Panam Salud Publica**. 2007 ;21(2/3):73–84.

MARTINS, Gisele P. **Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Município de Uberaba: acessibilidade, utilização e longitudinalidade da atenção.** 2006. 151p. [Dissertação de Mestrado]. [Ribeirão Preto/ USP]. Faculdade de Medicina – Área de Concentração: Saúde na Comunidade. Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicina.** Minas Gerais 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11. Disponível em: [<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/article/viewArticle/96>]. Acesso em: 23 de junho, 2010.

MENDONÇA, Claunara S. **Internações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/ MG.** 2009. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] Faculdade de Medicina, UFRGS. Porto Alegre.

MONTEIRO, Michele M; FIGUEIREDO, Virgínia P; MACHADO, Maria de FAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm USP.** São Paulo, v.43, n.2, p.358-64, 2009.

OLIVEIRA, Elaine M; SPIRI, Wilza C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.40, n.4, p.727-33, 2006.

OLIVEIRA, Mônica MC. **Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: Uma análise agregada.** 2007. 118p. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRS, 2007.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries The Lancet - Saúde no Brasil 1**. Publicado *Online* 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60054-8.

PASARÍN, MI; BERRA, S; RAJMIL, L; SOLANS, M; BORREL C; STARFIELD, B. A tool to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten Primaria**. 2007;39(8):395-403.

REIS, Regimarina S. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família como Porta de Entrada do Sistema Único de Saúde em São Luís-MA**. 92p. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. UFMA, São Luís.

RESENDE, Anne Caroline C; OLIVEIRA, Ana Maria HC. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileiras. **Estud. Econ.** [online]. 2008, vol.38, n.2, pp. 235-265. ISSN 0101-4161.

Rasella, Davide, Aquino Rosana, Barreto Maurício L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010, **10**:380. Online: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/380> em 28/03/12.

SALA, Arnaldo; LUPPI, Carla G; SIMÕES, Oziris; MARSIGLIA, Regina G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SIMÃO, Eunice; ALBUQUERQUE, Gelson L; ERDMANN, Alacoque L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): Alguns destaques. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.

STARFIELD, Bárbara. **Primary Care: concept, evaluation e policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

STRALEN, CJV; BELISÁRIO, AS; STRALEN, TBSV; LIMA, AMD; MASSOTE AW; OLIVEIRA, CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde pública** vol.24, suppl. 1 Rio de Janeiro, 2008.

TORRES, HG; BICHR, RM; CARPIM, TP. Uma pobreza diferente? Mudanças no padrão de consumo da população de baixa renda. **Novos estud. - CEBRAP [online]**. 2006, n.74, pp. 17-22. ISSN 0101-3300.

TRINDADE, Thiago G. **Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**. 145p. 2007. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia]. Faculdade de Medicina,UFRGS. Porto Alegre.

VANDERLEI, Maria IG. **O gerenciamento da Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em**

municípios do Estado do Maranhão. 246p. 2008. [Tese]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

ZILS, AA; CASTRO, RCL; OLIVEIRA, MMC; HARZHEIM, E; DUNCAN BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Rev Bras Med Fam e Com**: Rio de Janeiro, v.4, nº16, jan mar 2009.

WONG, SYS; KUNG K; GRIFFITHS, SM; CARTHY, T; WONG, MCS; LO, SV et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics em Hong Kong. *BMC Public Health* 2010, **10**:397. On line: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/397> em 27/03/12.

ANEXO 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,

Prof^a Dr^a Liberata Campos Coimbra.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO 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 Luís, 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 Luís.

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,

Prof^a Dr^a Liberata Campos Coimbra.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO C – Questionário para profissionais

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

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

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 PELA
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
	Médico (a)
	Enfermeira (o)
5.	Organização
6.	Número de telefone
7.	Fax
8.	E-mail
9.	Endereço
10.	Cidade
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos

B. Recursos humanos	
12.	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 especializadas) 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 frequência a unidade teve uma adequada* oferta de medicamentos?	1	2	3	4	5	6	88
15.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a unidade teve adequado* <i>equipamento básico e estoque</i> 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 marcar 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 frequência 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 em 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 para gestores/supervisores

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

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

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 PELA 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	Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a) 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	

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 especializadas) 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 <i>medicamentos essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem dessas unidades havia adequado* <i>equipamento básico e estoque</i> 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?	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 marcar 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 para acompanhantes

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

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

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: 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.

Obs.: Menores que já tenham filhos podem responder ao questionário como acompanhantes destes.

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 da unidade							
5.	Bairro							
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 paciente como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99
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. Por favor resegundo 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 na Unidade de Saúde da Família?	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 na Unidade de Saúde da Família prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	A Unidade de Saúde da Família está aberta durante os finais de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	A Unidade de Saúde da Família fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento normal da Unidade de Saúde da Família existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando a Unidade de Saúde da Família está fechada, 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 na Unidade de Saúde da Família antes que o paciente seja atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando leva o paciente para consultar na Unidade de Saúde da Família 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 consultas mais recentes (no último mês), a Unidade de Saúde da Família 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), a Unidade de Saúde da Família 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 na Unidade de Saúde da Família ?	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) vai à Unidade de Saúde da Família ?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o paciente tem um problema de saúde, vocês normalmente vai à Unidade de Saúde da Família ?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o paciente normalmente tem que realizar uma consulta na Unidade de Saúde da Família 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 frequência os profissionais deste posto/centro/unidade tratam o paciente apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51b	Com que frequência 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	1	2	3	4	5	6	88	99

	epidêmicas (ex.: dengue, malária)								
61.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controlado de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento /controlado 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 paciente 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 VIDA ESTIVERAM 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	1	2	3	4	5	6	88	99

	de imunizações e do crescimento quando vem para consultar as crianças?								
82.	Quando a paciente estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controlos pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	Nesta gravidez a paciente tem em seu poder o cartão de registo 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 registo 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 profissional deste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) \especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
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	1	2	3	4	5	6	88	99

	família do paciente (ex.: desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico)?								
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 frequência 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 frequência 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 frequência 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 para usuários

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

VA

NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM

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: 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. Nesse caso o questionário deve ser respondido pelo responsável do menor. Exceto gestantes ou mulheres de qualquer idade que já tenham filhos, estas podem responder ao questionário independente da idade.**
- Se tiver pelo menos 18 anos continue.

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?	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
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?	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(a) senhor(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias _____				Recusa/na		Não sabe
						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 na Unidade de Saúde da Família ?	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) na Unidade de Saúde da Família no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	A Unidade de Saúde da Família está aberta durante os finais de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	A Unidade de Saúde da Família fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento normal da Unidade de Saúde da Família existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando a Unidade de Saúde da Família está fechada, 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 na Unidade de Saúde da Família antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando vai consultar na Unidade de Saúde da Família 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), a Unidade de Saúde da Família 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), a Unidade de Saúde da Família 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 atendido (co-pagamento) na Unidade de Saúde da Família?	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) vai à Unidade de Saúde da Família ?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vão à Unidade de Saúde da Família ?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta na Unidade de Saúde da Família 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) está 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 frequência os profissionais	1	2	3	4	5	6	88	99

	deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?								
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	1	2	3	4	5	6	88	99

	atendido ou examinado?								
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 MULHERES 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 com a 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 falaria(m) 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 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
100.	Este posto/centro/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
101.	Com que frequência 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 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%)	Recus a/ na	Não sabe
103.	Na sua experiência, com que frequência 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 frequência 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
111. O(a) senhor(a) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvidas?									
112. Observações do entrevistador									
Agradecemos a sua participação.									

ANEXO F – Autorização para a Coleta de Dados nas USF

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

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